

FACULTE DE MEDECINE COCHIN-PORT ROYAL
UNIVERSITE DE PARIS V

Année 1971

No 3

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT
PAR

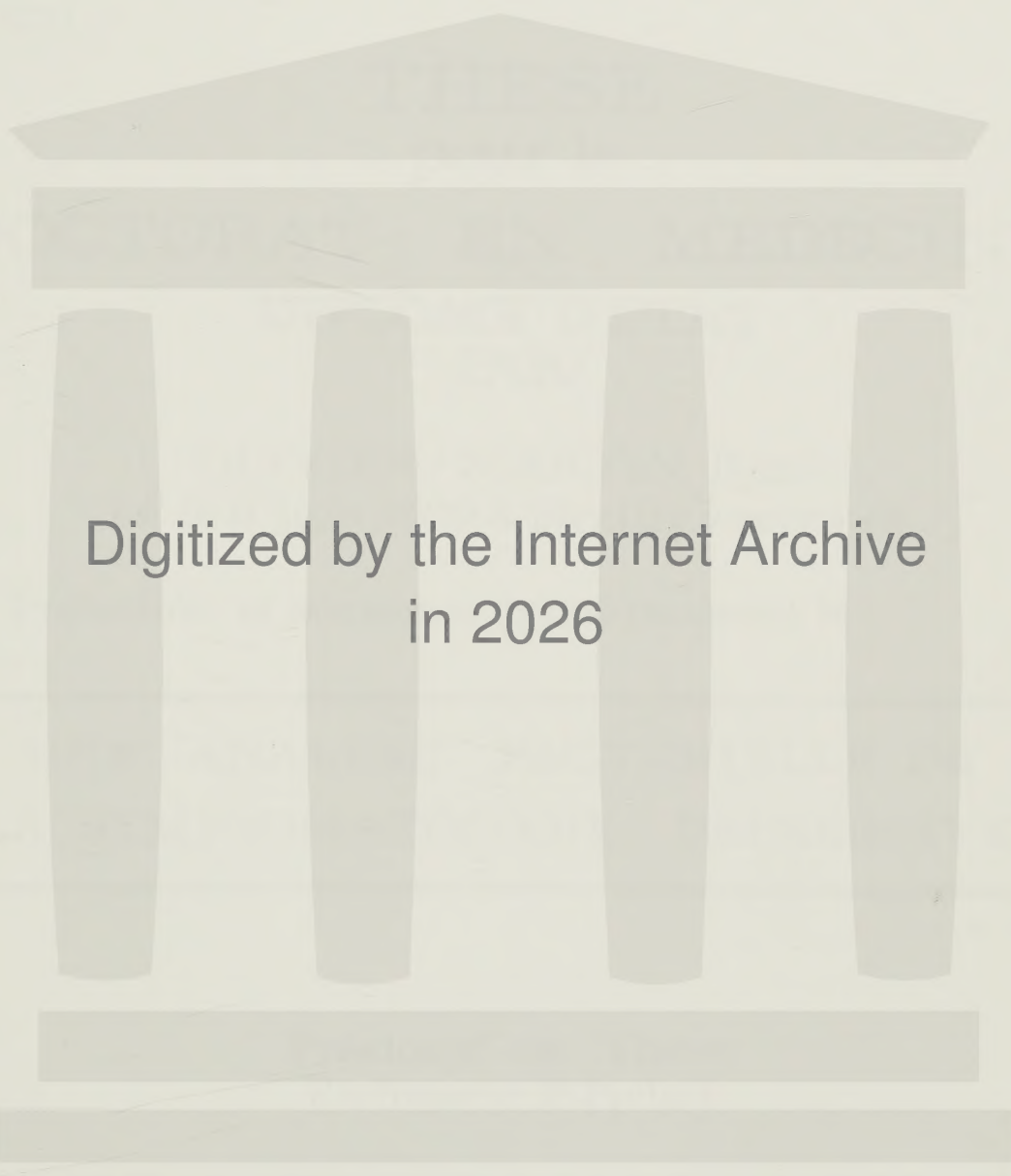
OLIVIER - MARTIN René
né le 8 juin 1939 à Neuilly s/seine 92

Présentée et soutenue publiquement le

UNE ANALYSE FACTORIELLE DE
LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE

Président de Thèse
Professeur P. Pichot





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556001_0024

FACULTE DE MEDECINE COCHIN-PORT ROYAL
UNIVERSITE DE PARIS V

Année 1971

Nº

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT
PAR

OLIVIER - MARTIN René
né le 8 juin 1939 à Neuilly s/seine 92

Présentée et soutenue publiquement le

UNE ANALYSE FACTORIELLE DE
LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE

Président de Thèse
Professeur P. Pichot





A mes Parents,

A ma Femme

A mes Filles

A ma Famille

A Monsieur le Professeur P. PICHOT,

qui a bien voulu me confier ce travail
et m'aider dans sa réalisation

en témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur A. DELMAS

pour son accueil toujours si chaleureux

en témoignage de mon très respectueux
attachement et de ma gratitude

A mes Maîtres dans les Hôpitaux,

EXTERNAT

Monsieur le Professeur J. MATHEY
Monsieur le Docteur J. ANTONELLI
Monsieur le Docteur N. PERON, in Memoriam
Monsieur le Professeur J. LEREBoullet
Monsieur le Professeur P. RAMBERT
Monsieur le Professeur R. DEGOS
Monsieur le Professeur R. GARCIN, in Memoriam
Monsieur le Professeur J. DELAY
Monsieur le Professeur A. BUGE

INTERNAT

Monsieur le Docteur J. TRICOIRE
Monsieur le Professeur J. LEREBoullet
Monsieur le Professeur A. NETTER
Monsieur le Professeur H. PEQUIGNOT
Monsieur le Professeur A. BUGE
Monsieur le Professeur J. DELAY
Monsieur le Professeur P. PICHOT

A tous ceux qui m'ont aidé dans mon travail,
et tout particulièrement,

à Monsieur MARIE
Monsieur VALLERON

ainsi qu'à

Madame de Cardaillac
Madame Dedieu
Mademoiselle Thaveau
Mademoiselle Potier
Mademoiselle Guyonvarch
Monsieur Soudière

I N T R O D U C T I O N

Les problèmes de classification en psychiatrie ont été relativement délaissés pendant la première moitié du siècle au profit des recherches orientées vers la psychodynamique. Ce désintérêt s'expliquait à la fois par le manque de critère diagnostique objectif et par l'absence d'implications pratiques de ce type de démarche.

L'apparition de thérapeutiques actives, puis les récents progrès des connaissances en biochimie et en génétique, ont rendu à ces questions leur actualité, tandis que le développement des moyens de calcul automatique permettait d'envisager les problèmes de description et de classification sous un jour plus objectif et plus rigoureux. Les méthodes d'analyses multivariées permettent en effet d'obtenir des modèles typologiques empiriques, c'est à dire dégagés des conceptions pathogéniques souvent contradictoire sur lesquelles reposent les classifications généralement admises. L'obtention d'un modèle typologique nécessite d'abord la mise au point de modèles dimensionnels, c'est à dire la définition pour chaque malade d'un profil factoriel condensant sa symptomatologie, au moyen de l'analyse factorielle. Il est évidemment nécessaire de standardiser le recueil des données pour pouvoir les soumettre à l'analyse statistique.

Le but que nous nous sommes proposés dans ce travail, est la recherche d'un modèle factoriel rendant compte de la symptomatologie depressive, ou du moins de ses principaux aspects subjectifs et comportementaux.

Après avoir passé en revue les principales analyses réalisées dans le domaine des états dépressifs, nous détaillerons la construction de notre instrument d'évaluation et nous exposerons les résultats obtenus par l'analyse factorielle des données.

-:-:-:-:-

- Les états dépressifs - Considérations générales

On utilise habituellement le terme de dépression pour qualifier et décrire des états de nature très diverse et qui sont généralement classés de façon peu homogènes, aussi bien sous l'angle descriptif ou syndromique que selon des critères étiologiques, pathogéniques ou d'accompagnement, et souvent en utilisant ensemble ces différents modes de classement. On conçoit que la nécessité même d'une classification nosologique ait été fortement contestée. Et pourtant, que l'on accepte ou non l'idée de Cattell selon laquelle "la nosologie précède l' étiologie" il est apparu nécessaire surtout depuis les développements récents de la psychopharmacologie de définir certains types qui puissent être utilisables dans les divers domaines de la recherche.

Quel que soit les conceptions des divers auteurs, ils entendent par état dépressif un syndrome constitué par trois symptômes fondamentaux: une modification pénible et persistante de l'humeur, une diminution des processus intellectuels et des pulsions instinctuelles, une modification des fonctions motrices, généralement mais non toujours dans le sens d'un ralentissement. A ces trois symptômes principaux, peuvent venir s'ajouter de nombreux symptômes de second rang, parmi lesquels l'anxiété et ses divers modes d'expression, des symptômes somatiques, des idées délirantes, etc... Il paraît intéressant d'examiner si dans la diversité des tableaux

cliniques ainsi réalisés, il est possible d'identifier des types empiriques qui puissent recouper les catégories généralement utilisées ou en définir de nouvelles.

Si nous examinons ces grandes catégories, il apparaît rapidement que l'accord est loin d'être fait sur leurs limites et même sur leur existence, et que de nombreux points ont besoin d'être précisés.

La psychose maniaco-dépressive, isolée d'abord par Kraepelin du groupe des psychoses fonctionnelles, réalise dans sa phase dépresssive la forme la plus caractéristique d'état dépressif, où tous les symptômes sont présents à leur degré maximum. On a rattaché ultérieurement aux accès mélancoliques de la maniaco-dépressive, les accès de mélancolies, récidivants ou non, sans phase d'excitation maniaque, et l'on dénomme généralement ces deux états sous le nom de dépressions endogènes pour traduire l'idée que l'apparition de l'accès dépressif psychotique était indépendante de toute cause psychologique compréhensible. Cette notion de dépression endogène a été fortement critiquée, les critiques portant soit sur le concept d'endogénicité, soit sur l'unité des dépressions endogènes. Sur le plan étiologique de nombreux facteurs ont été avancés. Le facteur génétique qui a été mis en évidence par des études épidémiologiques, calculs de risques de morbidité et méthode des jumeaux, paraît peu discutable depuis les travaux scandinaves (Stenstedt). Mais pour C. Perris, testant sous l'angle génétique la classification de Leonhard, il faut opposer dans le groupe des dépressions endogènes celles qui ont une évolution "unipo-

laire" et celles qui sont "bipolaires" (manie et mélancolie), car elles se différencient nettement au niveau du risque héréditaire, et ceci indépendamment des facteurs sociaux et familiaux qui n'interviennent pas de façon significative. Parmi les autres facteurs, citons les constitutions de Kretschmer qui semblent discutables au vu des travaux de Kielholz, pour insister sur les facteurs psychologiques retenus dans la maniaco-dépressive. On a fait intervenir ces facteurs psychologiques à différents niveaux, comme éléments participants à l'élaboration de la personnalité dans la première enfance ou comme événements précipitants, ces deux facteurs s'intriquant dans la pathogénie de la maladie. Ainsi les notions de dépressions psychogènes et endogènes sont vues comme des niveaux différents de régression. La structure de la personnalité lui permettant des expressions différentes de sa régression en fonction du type de la relation objectale qu'elle a pu établir. L'hérédité n'interviendrait que comme une limitation des possibilités de développement du sujet et de sa personnalité. Selon la nature de la relation avec l'objet, on conçoit que dans l'état dépressif les relations au monde extérieur soient d'une qualité variable ce qui rend compte de la présence ou de l'absence de l'événement précipitant, réel ou phantasmé. Notons pourtant qu'aucune étude n'a pu établir de façon satisfaisante s'il existait, une "personnalité" "maniaco-dépressive" et ce qu'elle était. Depuis une cinquantaine d'années deux grandes conceptions sont généralement opposées: celle de Rapother et Lewis (1926) qui considère comme inutile et illégitime toute classification à

l'intérieur des états dépressifs pour ne considérer l'ensemble des dépressions que comme une déviation quantitative de la normale, en y intégrant et les états maniaques et les états anxieux. Comme nous le verrons à propos des analyses factorielles, les arguments ne manquent pas en faveur de la conception opposée, tendant, avec Gillespie et bien d'autres, à affirmer la différence qualitative de nature entre les dépressions endogènes et réactionnelles, ou psychotiques et névrotiques, encore que ces deux dichotomies si elles sont analogues sur le plan descriptif, n'impliquent pas le même support pathogéniques.

La dépression réactionnelle a été très étudiée quant à sa symptomatologie, sa génétique, sa personnalité pré morbide, ses variantes étiologiques, sa psychodynamique. C'est à elle que paraissent s'appliquer au mieux les schémas psychanalytiques, dans la mesure où l'on admet l'autonomie des dépressions endogènes et où l'on ne cherche pas à opposer la dépression névrotique à la dépression réactionnelle, le rôle de l'évènement étant bien sur fonction de la personnalité. Plusieurs travaux nous le verrons, se sont efforcés de retrouver dans les personnalités des groupes de déprimés, les traits qui puissent évoquer la fixation de la libido au niveau oral, les blessures narcissiques infantiles et la perte d'amour que réactiveront les événements ultérieurs.

La dépression d'involution reste encore celui des états dépressifs dont l'existence et l'autonomie sont le plus discutable. Décrite par Kraepelin qui en faisait une entité autonome, on considère souvent qu'elle

se distingue de la maniaco-dépressive par ses caractères symptomatiques, son pronostic, avant la convulsivothérapie et les psychotropes, et par la personnalité prémorbide. En fait aucun de ces trois ordres de caractères distinctifs n'est actuellement admis avec certitude (Stensdet, Kallmann, Lewis). On tendrait plutôt à considérer à l'intérieur des dépressions de l'involution deux groupes d'états dont l'un se rattacherait à la maniaco-dépressive et l'autre aux dépressions réactionnelles. Les rares travaux récents sur ce sujet (Roth, Rosenthal) sans apporter d'arguments définitifs dans ce sens, sont plutôt en faveur de cette hétérogénéité.

Quant aux autres états dépressifs habituellement décrits, ils posent peu de problèmes théoriques en tant que dépression. Les dépressions des psychoses organiques sont assez rares et posent surtout des problèmes d'ordre diagnostique et étiologique. Les dépressions des psychoses schizophréniques sont généralement considérées comme faisant partie du groupe des schizophrénies, encore qu'on ait parfois soutenu l'unicité des psychoses endogènes. A l'inverse, le problème des états schizo-affectifs et de leur appartenance à un des groupes précédents ou de leur autonomie est loin d'être élucidé. Enfin citons les personnalités anormales dépressives, surtout décrites par Kurt Schneider, qui posent le problème de leur appartenance aux constitutions classiques mais dont l'autonomie n'est pas évidente. Ainsi de larges imprécisions persistent quant à la légitimité des divers cadres nosologiques, les points qui ont été les plus discutés depuis

trente ans étant l'opposition entre les dépressions endogènes et réactionnelles, et la place des états anxieux par rapport aux états affectifs. Dans cette optique, la recherche de types empiriques peut être susceptible de clarifier le problème.

LES PRINCIPALES ANALYSES FACTORIELLES
DE
SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE

Revue de la Littérature

Les techniques d'analyses multivariées, analyses factorielles et plus récemment analyses discriminantes, ont été utilisées assez rarement dans l'étude de la symptomatologie psychiatrique. Alors que les analyses factorielles ont été très employées en psychologie dans les deux grands domaines de la psychométrie des aptitudes et surtout de la personnalité, où elles ont permis de dégager des modèles structuraux assez satisfaisants. La première étude factorielle dans le domaine psychiatrique est celle de Moore et Degan en 1933. De 1933 à 1963, une douzaine d'analyses factorielles seulement ont été effectuées, dont dix par trois groupes de chercheurs : Guertin, Lorr, Wittenborn et leurs collaborateurs. Depuis lors, ces études se sont un peu développées (Overall, Pichot, Zung, Roth...) et c'est au cours des douze dernières années qu'ont été effectuées les études factorielles dans le domaine qui nous intéresse ici, celui de la symptomatologie dépressive.

La première étude dans ce domaine date de 1959, avec Max Hamilton. Puis viennent celles de Grinker (The phenomena of depressions, 1961), de Friedman (1963), de Kiloh et Garside (1963), de Hordern (1965), de Pichot, Piret et Clyde (1966), de Lorr (1967); de Rosenthal (1966 et 1967), et enfin de Roth en 1969. En dehors d'une étude en langue allemande et d'une autre en France, toutes ces analyses sont le fait d'auteurs anglais ou américains. Nous allons passer rapidement en revue les principales constatations faites dans ces travaux ce qui nous permettra de préciser quels sont les problèmes qu'ils soulèvent.

HAMILTON et WHITE - 1959

L'étude de Hamilton avait pour but d'établir une échelle d'évaluation des symptômes dépressifs, dont nous reparlerons à propos de notre échelle, et de l'utiliser dans la recherche de modèles symptomatologiques et dans l'appréciation de leurs variations sous traitement. Cette échelle comportant dix sept variables a été utilisée chez quarante neuf hommes déprimés et l'analyse a permis d'obtenir quatre facteurs. Le premier facteur dans lequel six symptômes avaient une saturation élevée (par ordre décroissant : dépression de l'humeur, culpabilité, ralentissement, inhibition intellectuelle, suicide et perte des intérêts) a été considéré comme correspondant à la description clinique classique des dépressions avec ralentissement. Ce facteur était bipolaire et les charges négatives appartenaient à peu près exclusivement à l'anxiété somatique et à l'anxiété psychique. Le deuxième facteur, également bipolaire, avait quatre symptômes dont la charge était nettement élevée et positive : l'insomnie initiale, les symptômes gastro-intestinaux, l'agitation et l'amaigrissement ; plus loin, venaient l'hypochondrie, l'anxiété psychique, l'anxiété somatique et l'agitation au ralentissement et aux symptômes somatiques. Le quatrième groupait l'anxiété somatique, les symptômes somatiques et l'insomnie du milieu de la nuit - ces trois derniers facteurs n'ayant pas de signification évidente d'après les variables qui les constituaient, leur interprétation a été tentée par le

calcul des notes factorielles obtenues par chaque sujet en additionnant les notes aux variables constituant chaque facteur, pondérées par la saturation de ces variables. En examinant et comparant les sujets et leurs notes factorielles, Hamilton et coll. constatent que les malades présentent une dépression avec ralentissement ont des notes élevées dans le premier facteur, ce qui confirme la première interprétation. Ceux qui ont une note élevée dans le second facteur présentent de façon très typique une dépression avec agitation. Ceux qui ont des notes élevées au troisième facteur ne correspondent à aucun type clinique évident et présentent aussi bien un type ou l'autre de dépression. Cependant, ce troisième facteur est le mieux corrélé des quatre avec le résultat après traitement. Enfin, les malades ayant des notes élevées au quatrième facteur, bien qu'ils ne présentent rien d'évident quant à leurs symptômes dépressifs, ont de façon très nette une personnalité anormale ou psychopathique. Il faut préciser ici que, sur le plan nosologique, Hamilton constate que les états dépressifs sont généralement classés en utilisant des dichotomies variées, entre Dépression Endogène opposée à Réactionnelle, Dépression avec ralentissement, opposée à Dépression avec agitation, et Dépression névrotique opposée à Dépression psychotique. Cette dernière opposition paraît à l'auteur particulièrement dénuée de fondement et d'intérêt car, telle qu'elle est souvent utilisée, elle ne signifie pas grand chose de plus que la distinction entre dépressions légères et sévères, et parce qu'une telle distinction peut avoir une

certaine valeur dans une classification empirique de troubles différents mais pas à l'intérieur d'un même groupe de troubles (ce qui implique que l'on considère les troubles de l'humeur comme un groupe unique). Quant aux deux autres dichotomies, la première est d'ordre étiologique, la deuxième d'ordre symptomatologique et on considère généralement que ces deux modes de classification correspondent étroitement. L'opposition entre les dépressions avec ralentissement et celles avec agitation est évidemment parfaitement reflétée par la matrice de corrélations. L'opposition entre dépressions réactionnelles et endogènes soulève par contre un problème théorique. Deux hypothèses contraires sont généralement utilisées : la première est qu'il n'y a pas de différence entre ces deux types et que les différences constatées dans la symptomatologie n'ont pas d'autre signification que celle d'une répartition aléatoire. L'autre hypothèse est qu'il y a une différence, que cette différence soit simplement quantitative, c'est à dire que dépression réactionnelle est employée pour dépression légère et inversement, ou qu'elle soit qualitative, montrant des symptômes différents et faisant en somme coïncider la classification étiologique avec la classification symptomatique.

Dans le but de tester ces hypothèses, Hamilton compare les scores totaux et les scores factoriels de différents groupes de malades classés selon la présence ou l'absence de facteur psychologique déclanchant. Il constate une différence significative entre les scores totaux, ainsi qu'entre les scores au premier facteur, mais pas de différence pour les

trois autres facteurs. Il peut conclure de cela que le groupe "endogène" apparaît cliniquement plus profondément déprimé que le groupe "réactionnel" et que les dépressions endogènes sont généralement des dépressions avec ralentissement. L'existence des deux types de dépression est interprétable de deux façons : la première théorie veut que ces deux types soient les deux extrêmes d'une même population, dont la répartition serait en somme unimodale, l'autre théorie soutenant l'existence de deux populations distinctes bien que se chevauchant, présentant donc une distribution bimodale. La distribution des scores totaux s'est révélée ici n'être pas significativement différente d'une distribution gaussienne, ce qui est en faveur de la première théorie ; il en est de même pour les scores factoriels aux deux derniers facteurs, mais le premier facteur a une distribution presque bimodale. Or, compte tenu du faible nombre des endogènes par rapport au nombre total, il faudrait une différence très marquée pour que la distribution puisse être franchement bimodale. Il paraît donc difficile ici de conclure dans un sens ou dans un autre. Le seul constat solide est donc que les malades présentant un état dépressif en réponse à un stress ne présentent pas les symptômes typiques de la dépression avec ralentissement. Hamilton tire de son analyse un autre élément : après avoir comparé les scores des sujets présentant une personnalité anormale à ceux du reste du groupe, il trouve une différence significative à .10 pour les notes totales et à .05 pour le facteur 4. Cliniquement, on peut ébaucher le tableau de cette "dépression psycho-

pathique" qui n'est pas considérée comme différente des autres états dépressifs dans la littérature. Les sentiments d'auto-accusation et de culpabilité en sont absents, de même que la perte des intérêts et l'inhibition ; il n'y a pas d'insomnie de la fin de la nuit, les symptômes gastro-intestinaux et l'amaigrissement sont absents, alors que dominant l'anxiété, les réveils au cours de la nuit, les symptômes somatiques généraux de conversion et la perte de la libido. Ce "syndrome" est surtout rencontré chez les sujets jeunes et les notes factorielles au facteur 4 diminuent avec l'âge. En somme Hamilton assimile les facteurs extraits de son analyse à des syndromes et des types cliniques et cette analyse lui a permis de mettre en évidence un type empirique nouveau.

GRINKER, MILLER, SABSHIN, NUNN, NUMALLY - 1961

La deuxième analyse de la symptomatologie dépressive est celle de GRINKER et coll. (Chicago). Elle est beaucoup plus vaste tant par le nombre de variables étudiées, cent quatre vingt six, la durée, six ans, le nombre des sujets (120, dont 96 utilisables dans le seul cadre dépressif) et l'ambition qui était de reconsidérer l'ensemble des problèmes de la dépression d'un point de vue phénoménologique. Une analyse en composante principale a été effectuée à partir de la matrice de corrélation de 47 variables de symptomatologie subjective, puis séparément de 90 traits comportementaux. A partir des facteurs orthogonaux obtenus des rotations ont été effectuées à la fois par la méthode Quartimax

et Varimax et c'est cette dernière qui a donné les résultats les plus satisfaisants. A partir de la liste des symptômes subjectifs, il a été extrait cinq facteurs dont le premier, regroupant le pessimisme, la tristesse, les sentiments de dévalorisation et d'indécision, a été interprété comme un facteur général d'intensité de la dépression. Les sentiments de honte et de culpabilité ne semblent pas être exprimés au premier plan, mais apparaissent plutôt comme réaction secondaire au concept central de la dévalorisation. Le deuxième facteur, plus important chez les hommes que chez les femmes, décrit quelque chose qui apparaît essentiellement en relation avec le monde extérieur : il regroupe les préoccupations matérielles, familiales, professionnelles, et l'aide qui peut lui venir du dehors. Ce facteur peut être interprété comme ayant une signification de réaction à l'évènement, mais aussi comme l'expression d'une défense projective et d'un effort de rationalisation, expliquant ou nécessitant que les sujets présentant un score élevé soient moins malades que ceux du groupe précédent. Le troisième facteur regroupe des items exprimant la culpabilité et des préoccupations altruistes et est interprété par l'auteur comme l'expression d'un effort de restitution envers les objets ou les images d'objets agressés inconsciemment. Le facteur 4 est un facteur d'anxiété typique, et il est notable qu'il soit particulièrement intense chez les sujets qui sont en train de se déprimer ou de sortir de leur dépression. Le facteur 5 exprime des thèmes de demande, d'envie, de protestation contre le rejet et le manque d'amour. GRINKER constate que les quatre derniers facteurs peuvent être interprétés comme des

mécanismes de défense du moi et que le premier facteur général d'intensité peut aussi être considéré comme le dernier stade de la régression ou comme une variante quantitative de la perte de l'estime de soi.

Les facteurs extraits de la symptomatologie comportementale sont nombreux et nous citerons, par ordre de valeur décroissante, un facteur de repliement et d'isolement, un facteur de ralentissement moteur et verbal, un facteur exprimant l'apathie et le désintérêt, curieusement proche du précédent et un facteur exprimant l'anxiété manifeste, l'excitation anxieuse et les plaintes excessives. Ces quatre facteurs sont bipolaires. Parmi les autres, unipolaires, citons les facteurs exprimant l'hypochondrie, les troubles des fonctions cognitives, des troubles moteurs de type extra-pyramidaux, des troubles somatiques.

Si les auteurs n'ont pratiquement pas pu mettre en évidence des corrélations utilisables entre ces divers facteurs et les données biographiques et thérapeutiques qu'ils possédaient, ils ont étudié les corrélations existantes à l'intérieur des deux groupes de facteurs et entre les deux groupes. La corrélation la plus élevée est entre les facteur I et III de la symptomatologie subjective, mais le facteur I est également corrélié avec les autres facteurs ce qui va dans le sens de l'hypothèse d'un facteur central. Parmi les facteurs comportementaux on peut regrouper les trois premiers facteurs, qui traduisent le com-

portement des déprimés ralentis et inhibés, et qui s'opposent au septième et au dixième, exprimant l'agitation anxieuse et la revendication affective.

Il est assez surprenant de constater qu'il n'existe pas de corrélation significative entre les deux groupes de facteurs, ce qui veut dire que la dépression telle qu'elle se manifeste par les sentiments et les préoccupations exprimés par les malades est sans relation avec la dépression telle qu'elle se traduit dans le comportement. GRINKER suggère que les symptômes physiques comme les modes de réponse sociale sont sans importance dans la différenciation des dépressions, car le choix des modes d'expression de la pathologie est déterminé par des considérations étrangères à la nature et à l'intensité de la dépression. Par ailleurs, il note que, tandis que chez les hommes le facteur I est corrélié positivement avec l'âge, il l'est négativement chez les femmes, la corrélation devenant nulle quand les groupes sont réunis : d'autres phénomènes de ce type expliquent peut être les médiocres corrélations entre les facteurs subjectifs et les facteurs comportementaux.

GRINKER a également essayé de faire un modèle factoriel, non plus des symptômes, mais des sujets eux-mêmes, et il a pu schématiser quatre types hypothétiques dont l'un correspondrait à une dépression asthénique le deuxième à une dépression réactionnelle sur une personnalité pré-morbide bien intégrée, le troisième à une dépression hystérique ou hypochondriaque, le dernier à une dépression anxieuse. Mais toutes ces correspondances sont en fait très approximatives et ne rendent pas bien compte des modèles esquissés.

FRIEDMAN, COMITZ, COHEN, GRANICK - 1963

Ces auteurs avaient pour but d'étudier la possibilité de définir et d'isoler des syndromes, ou plutôt des types et des sous-types d'états dépressifs, et regarder quelles implications cette typologie pouvait avoir en matière de pronostic, de traitement et de compréhension psychodynamique des individus déprimés. Ils utilisèrent une échelle de soixante items (P.P.D. Dépression Rating Scale) évaluant les traits cliniques, les symptômes et les thèmes exprimés par 170 malades, dont deux tiers de femmes, présentant tous une dépression "psychotique", c'est à dire ayant été diagnostiqués avec certitude réaction dépressive psychotique maniacal-dépressif déprimé ou réaction psychotique involutive, à l'exclusion des sujets suspects de schizophrénie, de ceux qui présentaient des symptômes névrotiques importants et des sujets jeunes. Ceci en faisant l'hypothèse que la dépression psychotique est spécifique de l'âge moyen et des sujets âgés, il est certain qu'un tel échantillon diffère nettement de celui des autres études et des malades habituellement hospitalisés pour dépression.

Les symptômes les plus fréquents furent les troubles du sommeil et de l'appétit, l'asthénie, l'incapacité de travailler, l'insatisfaction, la perte de la libido, le repliement. L'analyse factorielle, suivie d'une rotation Varimax, fut effectuée sur une sélection de 24 items

pour lesquels l'accord inter-juges était correct et dont la fréquence était suffisante. Les quatre principaux sont très nettement séparés, trois variables seulement appartenant à plus d'un facteur.

Le premier facteur regroupe la perte de l'estime de soi, la culpabilité, l'intensité de la dépression, les doutes et perplexités, l'insatisfaction et le repliement avec à l'opposé, le comportement de plainte et de demande, et la labilité de l'humeur. Ce facteur est interprété comme représentant l'humeur dépressive classique. Le deuxième facteur oppose les items exprimant le ralentissement moteur et le repliement aux items de plaintes, labilité thymique et agitation. Il paraît correspondre aux dépressions ralenties. Le troisième facteur associe aux troubles du sommeil, de l'appétit et de la digestion, l'inhibition au travail et à l'insatisfaction : unipolaire, il est interprété comme une réaction biologique primaire. Le quatrième facteur décrit un type relativement nouveau, une dépression quérulente et hypochondriaque, riche de plaintes, de somatisations et d'irritabilité, que les auteurs rapprochent des malades "narcissiques avec fixation orale" de Fromm-Reichman. Ce facteur est proche du quatrième facteur comportemental de Ginker ; par contre, on ne voit pas apparaître ici l'équivalent des dépressions avec agitation.

Après sélections des sujets présentant les notes factorielles les plus élevées, une étude comparative des thèmes psychodynamiques

rencontrés dans chaque groupe a été tentée. Ainsi, dans le groupe correspondant au premier facteur, tous les sujets exprimaient à la fois des thèmes de honte et d'agression-culpabilité, tandis qu'un seul sujet du quatrième groupe en présentait. Par contre, les sujets du quatrième groupe auraient presque tous des traits évoquant une intense angoisse de séparation.

KILOH et GARSIDE - (Durham-Newcastle u. Tyne - 1963)

Ces auteurs partent d'une constatation faite lors d'une expérimentation en double insu sur l'efficacité de l'imipramine chez les déprimés : il apparut que les malades pour lesquels le diagnostic de dépression endogène avait été porté, réagissaient de façon significativement meilleure au traitement que ceux qui étaient diagnostiqués dépression névrotique. Dans le cadre de la controverse non épuisée sur les conceptions de Mapother, ce fait avait paru intéressant. Une analyse discriminante avait été effectuée pour 97 sujets traités par l'imipramine et avait montré un groupe de symptômes fortement corrélés positivement avec un bon résultat thérapeutique, et un autre groupe corrélé négativement, ces deux groupes correspondant à peu près aux symptômes caractéristiques des deux types de dépression. Pour tester cette hypothèse des deux entités distinctes, les auteurs ont utilisé une analyse factorielle comportant 35 variables mesurées chez 143 déprimés hospitalisés. Les variables étaient pour moitié des symptômes et pour moitié des données personnelles et des concomitants. L'analyse a extrait deux facteurs

dont l'un est un facteur général d'intensité dépressive, et le second qui est bipolaire oppose de façon très typique les deux types de dépression, endogène et névrotique. La corrélation entre le diagnostic et chacune des charges de ce facteur est très élevée. On peut donc opposer deux groupes de symptômes, comportant ceux qui sont corrélés à ($p < .05$) avec chacun des deux diagnostics. Sont corrélés avec le diagnostic de dépression névrotique et classés en ordre décroissant : la réactivité de la dépression, l'existence d'un facteur précipitant, l'apitoiement sur soi-même, la variabilité de la maladie, les traits de personnalité hystérique et l'immaturité, l'inadaptation sociale, l'insomnie du début de la nuit, l'accentuation de la dépression en fin de journée, le début brutal des troubles, l'irritabilité, l'hypochondrie les tendances obsessionnelles. A l'inverse on retrouve en corrélation avec le diagnostic de dépression endogène : le réveil tôt, l'accentuation matinale à la dépression, la "qualité" particulière de l'humeur dépressive, la durée inférieure à un an, l'âge supérieur à 40 ans, la profondeur de la dépression, la perte de la concentration intellectuelle, l'amaigrissement et l'existence d'épisodes antérieurs. Ces résultats, ainsi que diverses considérations génétiques et psychophysiologiques amènent les auteurs à prendre nettement partie en faveur d'une distinction entre les deux types d'états dépressifs, et ils trouvent une confirmation de cette vue dans les travaux de Hamilton.

Mc CONAGHY, JOFFE et MURPHY (1967) opposèrent aux résultats de Kiloh et Garside leurs résultats personnels, portant sur l'étude de 100 malades non hospitalisés, dans le cadre d'un travail en double insu sur les antidépresseurs. Ils utilisèrent les mêmes variables, sauf trois (traits hystériques, immaturité et inadaptation) et en ajoutèrent huit. La matrice de corrélation montre des coefficients généralement bas et les deux premiers facteurs obtenus (15% et 7% de la variance) ne présente aucune signification bien évidente. Pour contourner la difficulté, ils refirent l'analyse factorielle sur les huit variables considérées par Kiloh comme caractéristiques de chaque type. Les nouveaux facteurs extraits expliquent une plus grande partie de la variance totale mais ne montrent pas plus de tendance à discriminer les traits caractéristiques des dépressions endogènes et psychogènes. La répartition de ces traits montre que la présence de ceux qui évoquent un des types n'élimine en rien la présence de ceux de l'autre type. Mc Conaghy suggère deux biais possibles, expliquant à son avis des résultats différents sur un échantillon analogue. Un premier biais au niveau de l'entretien, le clinicien pouvant avoir tendance à forcer la symptomatologie dans le sens du diagnostic qu'il pose, en se référant au stéréotype de ce diagnostic : il a évité cet inconvénient en demandant à ses examinateurs d'évaluer les symptômes sans faire de diagnostic. L'autre biais pourrait se situer au niveau de la sélection des malades, ceux retenus par Kiloh et coll. étant ceux dont le diagnostic était certain.

Or, si l'on suppose les symptômes dépressifs répartis au hasard, une quelconque sélection va amener le regroupement de types caractéristiques. Et Mc Conaghy pense que, même si aucun biais n'était introduit, et qu'on trouve des groupes différents de symptômes, cela n'impliquerait pas l'existence d'entités distinctes dans les états dépressifs. L'âge et la personnalité antérieure modifient la symptomatologie dans son expression, mais cela n'implique pas obligatoirement la constitution d'affections autonomes. Une différenciation au niveau du pronostic serait déjà, pour lui, un meilleur argument.

A ces objections, Garside opposa que le premier facteur de Mc Conaghy était probablement contaminé par des traits de personnalité névrotique et ne représentait pas la dimension dépressive générale. Il lui semblait que le deuxième facteur était plus près de celle-ci, encore que mélangé au facteur bipolaire différenciant les deux types discutés, et qu'en fait la rotation aurait dû porter sur au moins trois facteurs.

- De plus CARNEY (1967) oppose à Mc CONAGHY des objections portant sur la population des sujets étudiés, culturellement et sociologiquement très différents, et sur l'interprétation des études thérapeutiques.

- HORDERN (1965) effectua une analyse factorielle des groupes de symptômes présentés par 137 femmes déprimées, dans une étude sur les effets des antidépresseurs. Après rotation, le premier facteur obtenu

est assez différent des facteurs extraits des autres analyses. Il regroupe des symptômes dont ceux qui ont les saturations les plus élevées sont l'agitation, l'anxiété, l'hypochondrie, les symptômes somatiques, la culpabilité, les tendances suicidaires et les insomnies du début de la nuit. Ce facteur évoque assez nettement un modèle de dépression d'involution, d'autant plus que les notes factorielles à ce facteur sont aussi corrélées avec l'âge. Les auteurs en concluent de façon peut être prématurée, que leurs résultats démontrent que la mélancolie d'involution n'est pas une entité autonome, mais simplement la traduction de l'accentuation de certaines expressions symptomatiques au fur et à mesure que l'âge s'élève..

PICHOT, LEMPERIERE et coll. (1964-1966)

Ces auteurs ont effectués deux analyses de la symptomatologie dépressive en appliquant le questionnaire d'auto-évaluation de Beck, d'abord dans sa forme originale puis après l'avoir modifié et augmenté à deux groupes de femmes hospitalisées pour état dépressif, sans autre sélection que l'élimination des psychoses organiques et des dépressions symptomatique d'une schizophrénie. La première composante principale est l'expression d'un facteur général d'intensité dépressive. Après rotation, le premier facteur exprime clairement l'inhibition psychomotrice, le deuxième facteur regroupe les symptômes traduisant la culpabilité et le retournement de l'agressivité contre soi, le cinquième traduit l'humeur dépressive et le pessimisme, le quatrième exprime le

le désinvestissement libidinal, le sixième les troubles du sommeil quelle que soit leur nature. Les autres facteurs sont moins nettement interprétables. L'étude des corrélations entre les scores obtenus dans les différents facteurs avec les résultats thérapeutiques (imipramine) montre quatre coefficients très élevés, pour les facteurs intropunitivité, désinvestissement libidinal, humeur dépressive et anxiété, et trois coefficients nuls, pour le ralentissement vital, les troubles du sommeil et les troubles nutritionnels.

LORR, SONN et KATZ (1967)

A partir de deux facteurs (Ralentissement et culpabilité anxieuse) extraits d'une analyse de l'ensemble des psychoses fonctionnelles évaluées au moyen de l'IMPS, LORR a complété une échelle de symptomatologie dépressive comportant 30 items, s'efforçant de couvrir les syndromes cités dans les études précédentes, et l'a appliquée à 130 sujets, dont un tiers d'hommes, récemment hospitalisés pour dépression. La rotation a été effectuée d'après la solution Promax. Le premier facteur (Anxious Self-Blame) correspond à l'intropunitivité et à l'anxiété. Il est analogue au facteur de culpabilité de Grinker et à celui d'Overall. La seconde dimension est le ralentissement. La troisième correspond à l'handicap fonctionnel, c'est à dire aux sentiments d'inhibition et LORR le trouve analogue au troisième facteur de Friedman. Le quatrième facteur correspond aux troubles somatiques, assez proches de ceux de Friedmann.

de Hamilton et de Pichot. Le cinquième, appelé Humeur dépressive, regroupe la tristesse, le pessimisme, le désintérêt des autres; et les idées de suicide. Ces cinq facteurs sont très proches des principaux facteurs de Pichot. Par ailleurs, il faut noter que les scores factoriels sont significativement différents de ceux d'un groupe de malades non déprimés, pour tous les facteurs sauf pour le quatrième (perturbations somatiques). Enfin, l'allure générale évoque un ordre hiérarchique ce qui implique l'existence d'un facteur général sous-tendant l'ensemble des variables. Ce facteur général mériterait d'être étudié, encore qu'il devrait logiquement être très semblable au premier facteur obtenu dans toutes les analyses en composantes principales.

ROSENTHAL et GUDEMAN (1967)

Cette étude porte sur 50 femmes déprimées dont l'âge moyen était de 50 ans, toutes hospitalisées, auxquelles ont été appliquées d'une part l'échelle d'évaluation de Hamilton, et d'autre part une liste de données portant sur les antécédents et les traits de personnalité. Le but de l'étude était d'identifier les groupes de symptômes, de les corréler avec les données personnelles, et de tester la solidité du modèle syndromique en le comparant aux études de Hamilton et de Kiloh et Garside.

Deux grandes dimensions symptomatiques ont été mises en évidence le modèle Dépression Endogène et le syndrome d'apitoiement sur soi (Self-Pitying Constellation)

Le premier comporte 6 items à saturation franchement élevées qui sont les insomnies du milieu de la nuit, l'importance générale de la dépression, la sévérité de l'humeur dépressive, l'insomnie du matin, le ralentissement, la culpabilité. Ce premier facteur est analogue au facteur principal ou général rencontré dans la plupart des études antérieures; il correspond étroitement aux éléments considérés comme caractéristiques de la dépression endogène et les notes factorielles sur ce facteur sont corrélées négativement avec la présence d'un événement déclanchant et avec les traits de personnalité hystérique. Le deuxième comporte cinq symptômes à saturation supérieure à .40, qui sont l'hypochondrie, l'anxiété psychique, les conduites de demande et de plainte, l'apitoiement sur soi et les reproches adressés aux autres, et enfin l'anxiété somatique. Ce facteur, bipolaire, a pour variables à charges négatives le ralentissement, la culpabilité et le suicide. Ce deuxième facteur est suffisamment analogue à ceux des études citées plus haut pour que l'auteur puisse affirmer sa constance. Les scores dans le facteur 2 sont corrélés positivement avec l'existence d'épisodes dépressifs sévères antérieurs. Il est corrélé avec les traits de personnalité anxieuse et asthénique. Rosenthal conclut que ces deux facteurs coïncident bien avec la description de Gillespie des dépressions autonomes et réactionnelles mais n'en récuse pas moins l'opposition nosologique entre les deux types de malades qu'il se refuse à classer dans deux entités distinctes. Ces facteurs décrivent pour lui des modèles de réaction et non des types de sujets.

Il appuie cette conclusion sur le fait qu'une note factorielle élevée dans un des facteurs n'élimine pas une note élevée dans l'autre. La distribution de ses malades sur chacun des deux axes factoriels est une distribution normale, et si l'on oppose les deux facteurs sur la même abscisse, les distributions se chevauchent ; seuls les 10 ou 20% des sujets ayant les notes les plus élevées dans chaque facteur réalisent le tableau clinique typique du modèle. Observons cependant que les indications des psychotropes étant essentiellement liées aux configurations symptomatiques, plus qu'à des étiologies précises, l'individualisation de syndromes empiriques est une première approche très satisfaisante sur le plan pratique.

MARTIN ROTH (1969-1970)

Après avoir résumé les controverses théoriques que soulèvent les états dépressifs, l'auteur formule trois problèmes : peut-on considérer les dépressions comme un trouble unique ou au contraire peuvent-elles être divisées en groupes distincts sur la base de l'étiologie ou de l'identification de groupes de symptômes ? C'est à dire, y a-t-il des différences d'ordre qualitatif entre les différentes formes de dépressions, ou bien la différence entre les groupes qu'on qualifie d'endogène et de névrotique, est-elle de nature quantitative ? Le deuxième problème en partie lié au précédent est celui de l'existence ou de l'absence d'une frontière entre les états dépressifs et les états

anxieux : on sait bien que la distinction entre névrose d'angoisse et dépression névrotique est souvent très arbitraire. L'auteur voit dans ce problème un double intérêt : pratique bien sûr, mais aussi théorique et expérimental, ce ce sens que l'obtention d'un modèle expérimental animal à peu près satisfaisant est réalisable pour l'anxiété, et ne l'est pas pour la dépression. Le dernier problème est celui de la dépersonnalisation considérée par certains auteurs comme liée à la dépression et par d'autres à la schizophrénie tandis que Ackner en fait un état à part, sans relation avec aucun état et sans signification au plan diagnostique.

Appliquant une batterie de 348 items à un groupe de 145 malades hospitalisés, il se livre à divers calculs de fréquence pour déterminer les symptômes permettant de discriminer quatre groupes diagnostiques : les états dépressifs endogènes, les dépressions réactionnelles, les états d'anxiété et les états d'anxiété phobique et de dépersonnalisation. Il est amené ainsi à retenir comme vraiment caractéristiques de la dépression endogène les symptômes suivants : insomnie matinale, accentuation matinale de la dysthymie, ralentissement, idées délirantes, absence de réactivité au changement extérieur. Ces symptômes ont déjà été rencontrés plus ou moins au complet dans les différents facteurs considérés comme endogènes. Néanmoins, Roth ne pense pas que la symptomatologie actuelle permette à elle seule un diagnostic différentiel et il fait appel aux concomittants et aux données biographiques.

Il note, entre autres faits, la fréquence significative des troubles de la personnalité chez les parents de malades présentant des états névrotiques ; la relative rareté des traits névrotiques dans l'enfance des sujets présentant des états dépressifs ; la fréquence uniforme et curieusement élevée des traits obsessionnels dans les quatre groupes et non dans le seul P.A.D.S ; la fréquence significativement plus élevée des traits de dépendance dans les états anxieux que dans les états dépressifs ; l'absence de valeur des facteurs précipitants.

L'analyse factorielle effectuée à partir de 58 variables condensées extrait trois composantes principales. Le premier facteur oppose les traits d'anxiété (phobies situationnelles, accès de panique, vertiges, pertes de connaissance, personnalités immatures, dépendantes et anxieuses) aux traits dépressifs (dépression persistante, ralentissement, insomnies matinales, maximum matinal de la dysthymie, perte des intérêts et de l'énergie, idées délirantes). Le deuxième facteur oppose les traits de personnalité dans la série hystérie-dépendance-immaturité, aux traits de personnalité inadaptées et psychopathiques. En oblique se regroupent les traits phobiques, la dépersonnalisation et la déréalisation..

Le premier facteur sépare assez bien les états d'anxiété des états dépressifs : le troisième sépare moins bien les états d'anxiété simple et les dépressions névrotiques des états agoraphobiques et des dépressions endogènes.

La discrimination entre les états dépressifs et les névroses anxieuses a été testée par une régression multiple sur les 58 items condensés, après élimination de 15 cas douteux. L'index diagnostique utilisé à partir des 13 items dont les saturations étaient les plus élevées, a permis de répartir les sujets de façon significativement bimodale, en opposant à une extrémité les états dépressifs les plus sûrement endogènes et à l'autre les formes les plus manifestement endogènes d'anxiété.

Enfin, il est remarquable que si l'accord sur le diagnostic entre chercheurs et cliniciens s'est révélé ici toujours bon pour les dépressions endogènes, et généralement mauvais pour les états anxieux, l'accord au niveau de la décision thérapeutique a toujours été bon, ce qui souligne encore le fondement symptomatique du choix des psychotropes.

Au terme de cette revue des principales analyses factorielles consacrées aux états dépressifs, on peut voir se dessiner deux grands types de résultats. Les analyses de Hamilton, Kay, Garside et Rosenthal, où les premiers facteurs extraits reproduisent de façon très nette le modèle symptomatique de la dépression endogène, où, s'ils sont bipolaires, opposent le modèle endogène au modèle névrotique. D'autre part, celles de Grinker, Friedman, Lorr et Overall, où apparaissent

des facteurs moins généraux, et plus descriptifs d'un syndrome, d'un type de malade ou d'un mécanisme psychopathologique. Les différences rencontrées sont probablement liées à des différences dans l'échantillonnage, dans la symptomatologie étudiée ou les méthodes employées.

-:-:-:-:-

TECHNIQUE ET METHODE

I - Le Modèle Factoriel -

Le but de l'analyse factorielle est de permettre l'étude et l'interprétation des corrélations entre les différentes variables décrivant les sujets examinés, et de mettre en évidence les dimensions sous-jacentes constituant la charpente des variables mesurées.

Il est hors de notre propos, dans un travail d'application comme celui-ci, de traiter des bases théoriques et des diverses modalités d'analyse factorielle, qui sont étudiées et exposées de façon très complète dans le livre de Reuchlin (1964). Nous nous contenterons d'exposer les quelques considérations nécessaires à l'interprétation des résultats de notre analyse.

Comme le rappelle Poitrenaud (1971), les techniques d'analyse factorielle font appel à des procédés mathématiques compliqués mais obéissent à des principes assez simples. En psychologie l'analyse factorielle comprend deux étapes: la première consiste à rechercher quels sont les éléments communs aux diverses variables, et ceci à partir des corrélations entre les variables. La seconde étape sera l'identification de ces éléments.

Dans un premier temps, il s'agit donc d'établir les corrélations entre les variables deux à deux. L'examen de la matrice de corrélations permettra déjà de faire apparaître celles qui sont les plus élevées

et celles qui sont significatives. La complexité de la matrice de corrélation rend évidemment ce travail difficile quand le nombre de variables est élevé (dans notre travail, 53 variables 2.809 corrélations). L'analyse factorielle permettra d'expliquer toutes les corrélations par un nombre réduit de facteurs indépendants. Ces facteurs seront composés d'un certain nombre de variables dont l'importance respective dans la constitution du facteur est indiquée par leur saturation. Bien entendu chaque variable peut participer à la constitution de plusieurs facteurs. Dans la mesure où un facteur représente un groupement syndromique, l'analyse permet de savoir quel est le degré d'appartenance ou de liaison de chaque variable, ou symptôme, avec chacun des différents syndromes.

Cette corrélation entre un symptôme et un facteur est précisément la saturation du symptôme dans le facteur. En somme, l'analyse factorielle permet de remplacer les variables trop nombreuses par un petit nombre de facteurs sans perte de l'information, et de substituer à la matrice des corrélations entre les variables, une matrice de corrélation entre des facteurs moins nombreux et ces variables.

Avec les facteurs communs, la solution factorielle obtenue pourra être représentée dans un espace à plusieurs dimensions, autant de dimensions que de facteurs. Chaque facteur étant indépendant, les axes factoriels sont par définition orthogonaux. Chacune des variables, ou symptômes, pourra être représentée par un point dans cet espace pluri-

dimensionnel, ou graphiquement, dans des plans définis par les facteurs deux à deux.

A partir de l'analyse factorielle, il est généralement considéré comme intéressant d'effectuer une rotation des axes factoriels tout en les gardant orthogonaux. Ceci permet de rendre maximum pour chaque facteur le nombre de saturations nulles, de façon à ce que le maximum de la variance de chaque item soit expliquée par un seul facteur. Le but de la rotation est de simplifier le modèle factoriel et de le rendre plus facilement interprétable. Parmi les diverses solutions mathématiques de rotation, (Promax, Quartimax, etc...) nous avons utilisé la solution Varimax, qui est la plus généralement utilisée en psychologie, et qui semble avoir donné de meilleurs résultats aux auteurs Anglo-saxons qui ont comparé plusieurs méthodes (Grinker, Miller et Coll.) dans l'étude de la symptomatologie psychiatrique et notamment celle des états dépressifs. Nous emprunterons également à Poitrenaud les points méthodologiques suivants:

- L'extraction et la rotation des facteurs.

Parmi plusieurs méthodes, toutes mathématiquement correctes, la méthode centroïde de Thurstone a été longtemps la plus utilisée. Puis avec le progrès des calculateurs d'autres méthodes furent mises au point: axes principaux ou composantes principales par exemple. C'est cette dernière qui est utilisée dans notre travail. Les méthodes analytiques de rotation

diffèrent par le choix du critère de rotation: ici, le critère est la maximisation de la variance des saturations expliquées par chacun des facteurs.

- Le nombre des facteurs significatifs.

Il n'existe pas de critère indiscuté pour choisir le nombre de facteurs à retenir. On peut ne retenir que les facteurs dont l'identification est possible, ou ceux qui présentent au moins une saturation dépassant un certain seuil. A ces procédés empiriques, les analystes préfèrent généralement le critère de Kaiser qui consiste à retenir les facteurs dont la valeur propre (somme des carrés des saturations) est supérieure à 1, (avec l'unité dans la diagonale). Une autre méthode, qui paraît au moins aussi valable serait d'employer le critère de Lebard: ne retenir que les facteurs dont les valeurs propres seraient significativement supérieures à celles de facteurs obtenus au cours d'une épreuve de simulation à partir de chiffres au hasard.

- La signification des saturations.

Il n'existe pas, pour les saturations de critère statistique de significativité. On peut empiriquement se limiter aux variables à saturation élevée, positive et négative, et permettant une interprétation du facteur, mais il paraît préférable d'utiliser une valeur limite. Certains auteurs fixent arbitrairement cette valeur à une saturation de .50 - Woodrow propose de considérer comme significative toute saturation dont

la valeur est au moins le triple de celle de l'erreur type d'une corrélation nulle.

II - Le choix de l'instrument -

La forme de l'instrument de mesure influence indiscutablement les résultats. Deux types d'instruments peuvent être utilisés. Les questionnaires de symptômes remplis par le sujet lui-même ou les échelles d'appréciation (rating-scales) remplis par le médecin, ou tout autre personne. Les questionnaires d'auto-évaluation ont l'avantage de standardiser au maximum les conditions de passation en n'introduisant aucun biais dans l'élaboration des réponses. Le type le plus connu de ces questionnaires est le M M P I, où plusieurs centaines de propositions sont classées par le sujet en vrai ou faux. Dans le domaine des dépressions, le questionnaire de Beck est le plus ancien (1960). Ce questionnaire comprend 21 variables, chaque variable comportant une série de 3 à 6 propositions parmi lesquelles le malade doit choisir celle qui correspond à ce qu'il ressent. Ces propositions sont graduées et affectées de coefficients dont la somme permet de calculer une note totale quantifiant la sévérité de l'état dépressif. Cet inventaire s'est révélé suffisamment valide et fidèle, et il a été utilisé aux U.S.A. et en France (Pichot, Piret, Clyde) après quelques modifications. Mais ce type de questionnaire présente l'inconvénient d'être parfois inutilisable, surtout chez les déprimés, quand le ralentissement psycho-moteur est tel que la passation est impossible -(dans 10% des cas environ). Par ailleurs la compréhension des propositions n'est pas toujours

excellente quelle que soit la simplicité des mots utilisés. Enfin il a l'inconvénient de suggérer trop fortement certaines idées et de ne pas recueillir toutes les données. Il est bien entendu limité aux aspects psychologiques ressentis de la symptomatologie.

Les échelles d'appréciations de symptômes permettent au contraire de recueillir certaines données de façon plus objective, les données comportementales par exemple. On utilise soit des listes de symptômes à noter en présent-absent (check-lists), soit des échelles à plusieurs degrés d'intensité. C'est cette dernière formule que nous avons choisi pour tenter de préciser l'évaluation des variables, en évitant de noter présent un symptôme peu intense, ce qui aurait l'inconvénient de mettre tous les symptômes sur le même plan quel que soit leur importance quantitative.

Pour la présentation des degrés d'intensité nous avons le choix entre deux méthodes: celle des propositions graduées mais avec le risque que les propositions ne se situent pas réellement sur le même continuum, et l'impossibilité de définir des distances égales entre les propositions. L'autre méthode, utilisant le rôle de modificateurs quantitatif de la signification des adverbes, a été retenue, le nombre de degrés et les adverbes les indiquant étant empruntés à Overall (B.P.R.S.). Nous avons utilisé 7 degrés pour chaque symptôme, appréciant la seule intensité de absent à extrêmement important et cotés de la façon suivante: absent 0 -

très peu 1 - peu 2 - moyen 3 - assez important 4 - important 5 - extrêmement important 6 -.

L'inconvénient de l'utilisation d'une échelle d'appréciation est l'absence de standardisation des conditions de passation, et l'intervention du jugement de l'observateur pour l'évaluation des notes. Ce qui pose un double problème. Au niveau même de la passation de l'épreuve, pour être sûr que les données analysées soient suffisamment homogènes et pour éviter le biais introduit par plusieurs observateurs, tous les malades examinés l'ont été par le même observateur et dans des conditions aussi analogues que possible. Le recueil des données a cependant été étalé sur 15 mois, et l'attitude de l'observateur a pu se modifier pendant cette période, aussi une comparaison des données recueillies a été tentée lors des calculs et la date de passation a été codée en mois. Au niveau de la construction de l'échelle, car la rédaction de l'item doit laisser aussi peu de place que possible à l'interprétation personnelle et doit pouvoir être évaluée de façon aussi analogue que possible par plusieurs observateurs. Il est exclu d'utiliser des items trop généraux ou pouvant donner lieu à des interprétations selon les conceptions psychodynamiques de chacun. La rédaction de l'item doit donc être précise, quitte à n'explorer qu'une partie du concept ou de l'attitude étudiée. La validité d'une échelle doit être contrôlée par des épreuves de fidélité inter-observateur où l'on calcule les corrélations entre les notes données à chaque variable

par différents observateurs pour le même sujet. La validité des items est ainsi très variable, et nous avons pu tenir compte des études de Grinker et Coll. pour le choix ou l'élimination de certains items. Ces auteurs avaient étudié la fidélité de leurs check-lists en mesurant l'accord inter-examineurs pour chacun des items après cotation par quatre psychiatres différents. Ils ont classé les items par ordre d'accord, et l'on peut aussi constater que les items dont la fidélité est la meilleure, sont par ordre décroissant :

- La sensation de modifications dans ses perceptions.
- Se sent d'humeur morose.
- Se sent désespéré.
- Se sent incapable de prendre des décisions.
- Se préoccupe de venger quelqu'un.
- Se sent au bout du rouleau.
- Exprime une méfiance des gens en général, pense qu'on va le laisser tomber.
- S'inquiète du déclin de ses intérêts sexuels.

Ceux qui ont la plus médiocre fidélité sont les suivants :

- Affirme avoir peu ou pas de sentiments.
- Cherche à tirer des bénéfices secondaires de sa maladie.
- Epreuve peu de tristesse.
- Sent qu'il porte la maladie sur lui.

- Epreuve de la colère.
- Trois ou quatre autres items exprimant l'optimisme ou le mieux-être.

L'examen de l'ensemble de la table permet de noter que les items exprimant le ralentissement moteur sont dans l'ensemble très fidèles, ceux qui traduisent la dysthymie et la culpabilité ont une bonne fidélité, ceux qui explorent le sentiment du malade de devoir sa dépression à une cause extérieure sont très peu fidèles, le pessimisme l'est assez médiocrement. L'utilisation de cette table nous a permis de limiter nos items à des secteurs assez stables, et de modifier la présentation de certains autres. Par exemple, " Affirme avoir peu ou pas de sentiments", a pu être remplacé par un item évaluant le degré apparent de cette indifférence affective, pour l'observateur, et non plus l'expression verbale de l'indifférence^{affective} par le malade, comme nous le verrons plus loin.

Si nous avons tenu compte de la stabilité de certains items appartenant à des échelles d'évaluation déjà connues et utilisées, dans les pays Anglo-Saxons essentiellement, nous n'avons pas voulu utiliser une de ces échelles intégralement, et nous avons préféré en construire une nouvelle qui puisse explorer mieux certains aspects de la symptomatologie subjective des déprimés et notamment dans le domaine des plaintes et des expressions de l'anxiété. Sur le plan méthodologique, il n'a pas

été nécessaire de tester la fidélité et la stabilité des items puisque jusqu'à maintenant, tous les malades ont été examinés et notés par la même personne au cours d'un seul entretien.

III - L'établissement de l'échelle d'évaluation des symptômes -

Le choix des thèmes dépressifs et des éléments de symptomatologie à mesurer, a été fait en tenant compte de plusieurs impératifs liés au calcul: utiliser des variables aussi homogènes que possible, et que l'on puisse supposer indépendantes, limiter le nombre de variables sans trop restreindre le champ de l'étude (il est admis qu'il ne faut pas que le rapport du nombre de sujets sur le nombre de variables soit inférieur à 2), ne pas utiliser des symptômes trop rares. Par ailleurs, nous nous sommes efforcés de réunir des symptômes pouvant appartenir à des cadres nosologiques différents, à l'intérieur du groupe des dépressions, ceci afin de pouvoir ultérieurement tester des hypothèses diagnostiques et nosologiques.

Les thèmes et les symptômes de la dépression ont été recherchés dans trois directions différentes. D'abord par une revue de la littérature psychiatrique classique, puis par l'étude d'un premier groupe de 12 malades déprimés appartenant à plusieurs cadres diagnostiques, chez lesquels tous les symptômes subjectifs et objectifs constatés au cours d'un entretien d'une heure ont été notés; enfin par la traduction ou l'adaptation de plusieurs échelles d'évaluation ou listes de symptômes anglaises ou américaines (Beck, Grinker, Hamilton, Lorr). Parmi ces listes, la plus complète en matière de symptômes dépressifs est celle

de Grinker qui regroupe cent onze items explorant les préoccupations et les sentiments exprimés, 87 traits de comportement, 56 symptômes somatiques, d'ailleurs assez peu homogènes, et une centaine de données diverses.

Dans la littérature psychiatrique les états dépressifs se retrouvent sous un certain nombre de rubriques qui ont varié au cours des années mais dont les thèmes sont relativement constants, au moins dans le cadre de la culture occidentale. Si l'on considère le syndrome dépressif en dehors de toute nosologie et sans référence aux états pathologiques dans lesquels il peut survenir, on peut le réduire à deux grandes dimensions. Un trouble fondamental de l'humeur, dysphorie, tristesse pathologique ou douleur morale, une diminution des processus intellectuels et instinctuels accompagnant un ralentissement de l'activité motrice, l'ensemble réalisant l'inhibition psychomotrice. A ces deux éléments essentiels viennent se surajouter de nombreux symptômes susceptibles de les modifier: des symptômes somatiques et végétatifs, des idées délirantes l'anxiété et toutes les manifestations qu'elle sous-tend, et les symptômes propres aux diverses variétés nosologiques de dépression.

A partir des symptômes recueillis dans la littérature décrivant la dépression, une liste type a été constituée pour chaque catégorie nosologique d'état dépressif. La comparaison de ces types s'est révélée assez décevante étant donné la médiocre concordance entre les tableaux

cliniques décrits, notamment pour les dépressions névrotiques, réactionnelles, les états dépressifs des psychoses fonctionnelles, la neurasthénie. De plus les descriptions relevées de dépressions névrotiques et réactionnelles sont à peu près identiques chez plusieurs auteurs. Les seules descriptions concordantes d'un auteur à l'autre sont celles de la mélancolie et de la dépression d'involution. Il a donc été difficile de rechercher des éléments dans la symptomatologie subjective et verbale qui puissent se rattacher manifestement à un des tableaux classiques de la dépression, que ces tableaux soient considérés comme des entités nosologiques réellement différentes ou comme des expressions différentes d'un même phénomène. Par contre il a été facile de trouver des symptômes décrivant des attitudes et des comportements, et pour les éléments de la symptomatologie verbale, d'utiliser les descriptions des manifestations névrotiques, en les confrontant avec l'expression qu'en présentaient les malades de la série préliminaire. L'étude de cette série a surtout été utilisée pour relever les symptômes les plus fréquents et ceux qui paraissaient, soit communs aux divers sujets, soit relativement spécifique d'une catégorie diagnostique. De plus, elle a permis de préciser et d'adapter les symptômes et les concepts que nous voulions quantifier en fonction de la manière dont les malades les exprimaient.

A propos de la fréquence des symptômes, il faut souligner que les rares études de fréquence dans le domaine des dépressions (Milew et

Kirow, Arnold) font apparaitre des résultats parfois inattendus: si la dysthymie est quasi constante, l'involution motrice et surtout psychique est beaucoup moins fréquente puisque cette dernière n'est retrouvée que dans la moitié des cas, même dans des séries de mélancoliques. Par contre des symptômes considérés comme moins importants sont en fait beaucoup plus fréquents, par exemple l'insomnie, l'anoréxie et la constipation - Ces symptômes sont évidemment peu spécifiques des états dépressifs et sont rencontrés ^{dans} un grand nombre de troubles, psychiatriques ou non. Le problème de la fréquence des symptômes se complique du fait qu'il faut faire intervenir les conceptions personnelles des différents auteurs quant aux limites des états dépressifs; on a ainsi souvent parlé d'équivalents dépressifs devant des phénomènes ^{tels} que l'accentuation de symptômes névrotiques, un épisode pathologique somatique, une toxicomanie ou un alcoolisme. Mais si l'on ne tient pas compte de ces états pour s'en tenir aux dépressions manifestes, l'accord se fait généralement bien entre cliniciens pour qualifier, voire quantifier la dépression. Les cas qui prêtent le plus à discussion sont généralement les épisodes névrotiques aigus où la dépression est affichée par le malade sans qu'elle paraisse importante. Le même problème étant rencontré au cours des tentatives de suicide.

IV - Rédaction des items

L'élaboration de l'échelle d'appréciation des symptômes a été faite surtout à partir de 3 instruments déjà utilisés et dont nous avons parlé plus haut: l'inventaire d'autoévaluation de Beck, (version américaine) destiné à mesurer la profondeur de la dépression, l'échelle de dépression de Hamilton (N.I.M.H. 67 version française, Pichot) et l'échelle de Lorr pour les seuls items dépressifs (Experimental I.M.P.S. D-Scale 1965 -trad. Guelfi). Les deux premiers sont composés de propositions différentes graduées pour chaque item (Beck 21 items - Hamilton 24 items). La troisième de propositions uniques dont il faut évaluer l'intensité (30 items extraits de I.M.P.S.). Cette dernière à l'intérêt de regrouper des items plus ou moins caractéristiques de la dépression, à partir d'une échelle plus vaste (71 items) explorant l'ensemble des psychoses fonctionnelles - c'est surtout de celle-ci que nous nous sommes inspirés.

La dysthymie est évidemment commune aux trois inventaires. Beck la formule sous forme de tristesse et de malheur ressentie; Hamilton y regroupe la tristesse, le sentiment d'être sans espoir et impuissant et l'autodépréciation, la quantifiant selon l'importance et la spontanéité de son expression verbale et non verbale; Lorr utilise trois items, l'un décrit l'apparence de tristesse et de découragement dans la

mimique et le comportement (24), le deuxième explore l'expression de découragement, de tristesse et de malheur dans le seul discours du malade (26), le troisième s'attache au sentiment d'être faible et sans appui, de ne pouvoir être aidé (27). Le pessimisme est ainsi formulé par Beck: "Je sens que l'avenir est sans espoir et que les choses ne pourront pas s'arranger". La formulation de Hamilton est analogue mais la notion de pessimisme est déjà incluse dans la rédaction de l'humeur dépressive, ce qui entraîne un chevauchement des deux items. Lorr réunit le découragement et l'absence d'espoir d'être aidé (item 25) ce qui a l'inconvénient d'en faire un item non indépendant de (27). Aussi, nous avons retenu la distinction faite par Lorr entre la tristesse exprimée verbalement et non verbalement, en gardant l'item 24 de Lorr et en supprimant du 26 la notion de découragement: "Exprime un sentiment de tristesse, de malheur, de douleur" - L'item 27 (sentiment d'être sans appui) est gardé - L'item 25 est réécrit dans une formulation plus proche de celle de Beck: "Exprime son impression d'avoir perdu toute espérance, d'être encouragé au sujet de l'avenir, de sentir que les choses ne pourront s'arranger; tout ira de mal en pis, ne voit pas de solutions à ses problèmes".

Les thèmes d'échec, de dévalorisation et d'infériorité sont assez peu représentés dans les trois échelles prises pour modèles - Beck "Je sens que je suis un échec complet, un raté, en tant que personne (parent, femme ou mari)". Hamilton regroupe la perte de l'estime de soi et

le sentiment d'infériorité. Lorr a deux items: "manifeste par son comportement général ou par ses paroles des sentiments d'autodépréciation, d'incompétence et d'infériorité - parle de ses fautes, de ses échecs, de son inutilité" (18), et "exprime un sentiment d'échec et de déception de lui-même - dit qu'il est indigne, faible ou haïssable, se sent incapable dans son rôle de mari, parent, dans sa profession..." (28)

Nous avons conservé le sens général de ces items en nous efforçant de simplifier leur contenu pour que chacun n'exprime qu'un seul concept. L'item 28 ne conserve que le thème de l'incapacité et de l'échec sans la faiblesse et l'indignité: "exprime un sentiment d'incapacité et d'incompétence quant à ses actes et à sa personne - il est incapable de réussir quoique ce soit"- Un nouvel item est tiré des (I. 28 et 27) : "exprime par son discours et son attitude un sentiment de faiblesse et d'impuissance" assez proche de Hamilton (7). Deux nouveaux items sont rédigés, destinés à explorer le sentiment d'infériorité, contenus avec celui de dévalorisation dans les items (24) de Hamilton, (18) de Lorr. Il a paru nécessaire de scinder le concept d'infériorité aux autres en deux items, l'un se référant à l'idée d'infériorité physique, l'autre d'infériorité intellectuelle. Ces deux items sont : "exprime le sentiment d'être inférieur aux autres, de ne pas pouvoir être comme les autres sur le plan physique, plus faible, moins résistant, moins beau", et "exprime le sentiment d'être inférieur aux autres sur le plan intellectuel, moins intel-

ligent, comprend moins bien, réussit moins bien" - Il s'est révélé au cours des entretiens que si le sentiment d'être physiquement inférieur aux autres était assez répandu dans notre population de déprimés, celui d'être inférieur intellectuellement était beaucoup moins fréquemment rencontré. Rien en tous cas ne permet de penser à priori que ces deux items soit obligatoirement covariants; le sentiment d'infériorité physique, surtout exprimé spontanément peut aussi bien se référer à une attitude de demande d'aide et de soin, qu'à la dépréciation de sa propre image . Le sentiment d'infériorité intellectuelle est sans doute plus près de cette dernière, sous la réserve de critères individuels ou culturels. Par ailleurs le dernier élément de premier item, "moins beau", s'est révélé rapidement un peu différent du reste de l'item, et il n'en a pas été tenu compte, d'autant qu'il pouvait faire double emploi avec un item ultérieur (sentiment d'être déplaisant à regarder). Surtout il est apparu au cours des entretiens que d'assez nombreux malades exprimaient un sentiment d'infériorité portant bien plus sur leur personne morale ou sur leur force de caractère que sur leur santé physique ou leurs capacités intellectuelles. Un tel item n'ayant pas été précisé au départ, il est évidemment impossible de le faire entrer dans l'analyse factorielle, mais il a été noté à part chez quelques sujets. Parmi les 18 sujets chez qui il a été noté, ce sentiment d'infériorité morale a été trouvé plus important que l'infériorité intellectuelle 9 fois, identique 7 fois, moins important

2 fois. Il existe ~~seul~~ 4 fois. Le nombre de points d'écart à l'évaluation (sur sept) est en moyenne supérieur à 4. Bien que ces chiffres ne soient en rien significatifs, nous avons eu l'impression que c'est cette formulation qui traduit le mieux le sentiment d'être inférieur aux autres.

Les sentiments de culpabilité ont été recherchés et exprimés de façons différentes par les auteurs de questionnaires, ceci impliquant des conceptions théoriques différentes. Dans le questionnaire de Beck nous trouvons 4 items explorant cette dimension. Les items (E), culpabilité, "Je me sens mauvais, indigne ou sans valeur"; (F), "J'ai le sentiment qu'il va m'arriver quelque chose de mauvais" et au degré maximum "Je sens que je mérite d'être puni. Je désire être puni"; (H) "Je me blâme pour tout ce qui va mal - j'ai le sentiment d'avoir fait beaucoup de fautes graves"; (I) désir de se punir "Je sens que je serais mieux mort, que ma famille s'en sortirait mieux si j'étais mort. Je me tuerais si je le pouvais". Ceci amène plusieurs réflexions. Il n'est pas évident que la culpabilité soit aussi proche du sentiment d'être sans valeur d'autant que dans le travail de Lorr la culpabilité covarie avec l'anxiété alors que la dévalorisation fait partie du facteur humeur dépressive. L'item (F) a également l'inconvénient de contenir à la fois deux propositions qui ne sont pas forcément des variations quantitatives d'un même sentiment. L'appréhension d'un événement mauvais est une des formulations courantes de l'anxiété alors que l'idée de punition méritée ou désirée ressort proba-

blement de la seule culpabilité. Il faut noter cependant que Lorr a pu rassembler dans un facteur commun l'anxiété et la culpabilité (F. Anxious Self-Blame), et que dans l'analyse factorielle faite par Pichot et Coll. à partir du questionnaire de Beck, il a été trouvé un facteur (II) regroupant la culpabilité, l'auto-accusation, l'auto-punition, la haine de soi-même et le sentiment d'échec. Chez Hamilton, comme chez Friedman et Rosenthal, la culpabilité ne paraît pas particulièrement liée à l'anxiété. Dans l'échelle d'Hamilton, l'item (2), sentiments de culpabilité, inclue les reproches adressés à soi pour un préjudice éventuel causé à autrui, l'idée que la maladie actuelle est une punition, et considérées comme le maximum de cette culpabilité, des idées délirantes de persécution ou des hallucinations auditives ou visuelles menaçantes. On peut en effet penser que les idées de persécution sont liées à une projection des sentiments de culpabilité, mais il paraît difficile de les réunir dans un même item, car il s'agit moins d'une variation quantitative d'un même phénomène que d'un mécanisme psychologique différent, et cela est encore plus probable pour les hallucinations. Lorr utilise 3 items (10, 19, 20) pour formuler ce thème. "Se blâme, se critique, se condamne ou se tient pour responsable et se reproche des actes ou des pensées, anciennes ou récentes, réelles ou imaginaires, se blâme pour des échecs, des difficultés, des frustrations dans ses relations familiales, dans son travail, etc..." - "Exprime des sentiments de culpabilité, de tristesse, de remords d'avoir mal fait. Il

a été un mauvais père, a laissé tomber les gens, a fait souffrir autrui, a négligé sa famille ou son travail... " - "Exprime le désir ou le souci de réparer les torts causés à autrui, veut expier ses péchés ou ses fautes désire être puni".

Nous avons gardé ces trois items, le dernier sans le modifier, et les deux premiers en nous efforçant d'accentuer la différence qu'il pouvait y avoir entre le reproche adressé à soi-même, la critique des actes passés ou récents, le blâme des erreurs faites d'une part, et d'autre part le remords concernant une faute ou ce qui est ressenti comme tel. Quant aux idées de suicide, nous avons vu leur formulation chez Beck dans le cadre de la culpabilité et du désir d'auto-punition. L'item de Hamilton est analogue, sous-tendu par l'idée que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue plutôt que par celle de punition. Il nous a paru préférable de garder l'item de Lorr (39) "Dit ou admet être préoccupé par des idées ou des plans de suicide, ce jour ou les jours précédents". La place du suicide dans les différents facteurs extraits de la symptomatologie dépressive est peu claire; il n'apparaît dans aucun des principaux facteurs de Pichot à partir du questionnaire de Beck, ou du moins avec des saturations correctes, il fait partie du facteur Dépression de l'humeur pour Lorr, et du facteur I de Hamilton, Kay et Garside, avec des saturations élevées, comme la culpabilité; pour Rosenthal il fait partie du facteur I, analogue aux précédents, mais avec une saturation très basse alors que la culpabilité

y a une saturation élevée; il n'apparaît pas chez Friedman non plus que chez Grinker, ni dans le facteur général d'intensité dépressive, ni dans le facteur culpabilité. On peut penser que les idées de suicide sont plus liées à des traits de personnalité ou des éléments éthiques et culturels qu'à la dépression en général, et que d'autre part, l'affirmation du désir de suicide ou les tentatives de suicide se rencontrent dans les différentes formes symptomatiques de dépression que certains facteurs représentent. Enfin la mort peut être désirée de façons diverses, comme châtiment, comme délivrance, comme fatalité. A ces items concernant l'humeur dépressive et la culpabilité, nous avons ajouté quatre items assez proches des idées de dévalorisation et d'infériorité, concernant les idées et les sentiments que le malade peut avoir quant à sa propre personne, le degré de satisfaction ou d'insatisfaction de soi. Il est probable que ces items covarient avec la culpabilité, car un de ceux-ci la haine de soi-même, emprunté à Beck (G), se retrouve dans le facteur II interprété comme signifiant l'intro-punitivité. Or les trois autres expriment des idées assez proches de lui. L'item (G) de Beck "Je me dégoûte, je me hais" a été repris sous la forme "exprime le sentiment d'être dégoûté de soi-même, de se mépriser"; on y a même adjoint l'item "exprime le sentiment qu'il a de lui-même d'être laid ou difforme, sans intérêt ou déplaisant à regarder, ou répugnant", pour formuler le même sentiment de dégoût et de haine de soi, portant non plus sur la personne morale en général mais

cette fois sur la personne physique. Ce sentiment est considéré comme caractéristique de la dépression mélancolique dans la littérature, à la limite des idées délirantes. Un item assez proche existait dans le questionnaire de Beck (N) correspondant à l'image du corps: "J'ai peur de paraître vieux et peu attirant" et un maximum "Je sens que je suis laid et repoussant à voir". Cet item, dans l'analyse française, faisait partie du facteur IV interprété comme "désinvestissement libidinal", avec une saturation aussi élevée que l'anesthésie affective (.56) et assez proche de l'item "désintérêt" (.67).

Le troisième item tend à exprimer la notion d'un changement de la personne et de sa valeur: "exprime l'idée ou le sentiments de n'être plus comme avant, d'être diminué que ce soit sur le plan physique, intellectuel, ou des activités en général; il n'est plus ce qu'il était: avant il était actif, il réussissait ce qu'il faisait..." Le quatrième item tout en restant dans le même domaine, veut exprimer l'insatisfaction de soi, en référence au narcissisme du sujet: "Exprime le sentiment de n'être pas comme il voudrait être, idées de ne pouvoir atteindre à l'idéal de soi, sans référence aux autres, de ne pouvoir être aussi fort, aussi intelligent qu'il voudrait, d'être déçu par soi-même, aurait voulu être autrement, ou quelqu'un d'autre (ceci indépendamment de l'épisode actuel)" Bien entendu, ne sera notée ici que l'insatisfaction du sujet vis à vis de lui-même quand il n'est pas "malade", et non l'insatisfaction d'être

malade qu'expriment tous les sujets. Nous n'avons pas retenu l'item (D) de Beck (Lack of satisfaction) "Je ne prends pas de plaisir aux choses comme d'habitude, je suis mécontent de tout", qui comme l'incurabilité, le pessimisme et l'humeur triste, fait partie d'un facteur qui évoque la dysthymie.

Parmi les autres thèmes typiquement dysthymiques et plus particulièrement rencontrés dans les dépressions mélancoliques il reste un certain nombre d'idées ou de sentiments dont nous n'avons pas trouvé l'équivalent dans les échelles d'appréciation prises pour modèles. Ce sont par exemple les idées de ruine, considérées en France comme typiques de la mélancolie délirante, les idées de deuil, les idées de persécution, si particulières soient-elles (Seglas), idées de "références" des Anglo-Saxons, et aussi idées hypochondriaques et syndrome de Cotard, aussi rare soit-il. Nous avons donc établi un item pouvant correspondre aux idées de ruine et à des degrés moindre de cette idée : "exprime les soucis d'ordre financiers ou matériels, pense qu'il a perdu de l'argent, qu'il va vers la misère, il va tout perdre, il est ruiné, il va être jeté à la rue". L'absence de ce concept dans des questionnaires connus, est probablement due à sa relative rareté: nous ne l'avons pas rencontré dans la série d'essai et il n'est peut-être qu'une des formes possibles de l'expression d'angoisse ou du pessimisme des mélancoliques. Pichot et Piret l'avaient ajouté à la traduction française de Beck, mais il ne se trouvait qu'avec une très faible saturation dans les facteurs anxiété et dys-

thymie. Il avait une saturation un peu moins basse dans le facteur "intro-punitivité", et une saturation élevée dans un facteur de neuvième rang (4% de la variance) dans lequel il était à peu près isolé. Mais il paraissait donc relativement autonome par rapport aux autres facteurs représentant le pessimisme et la dépréciation de la personne ou de la santé du sujet.

Nous avons ajouté un item signifiant des préoccupations matérielles analogues, exprimant non plus la crainte ou la certitude de la ruine, mais la culpabilité que le malade peut ressentir vis à vis de son entourage dans ce domaine matériel. Il n'est pas évident à priori qu'une telle idée soit plus étroitement corrélée avec l'item de ruine qu'avec le sentiment de blâme ou le sentiment de culpabilité. Nous avons retenu la rédaction suivante: "exprime la crainte ou le refus d'être à la charge de sa famille ou de la société, d'être un poids pour les autres".

Les idées de persécutions n'avaient pas été retenues par Beck et Hamilton. Lorr ne les avait pas fait figurer dans les facteurs dépressifs extraits de l'I.M.P.S. où elles étaient représentées. Grinker les avaient retenues dans son échelle préliminaire, mais ne les fait pas figurer dans l'échelle définitive, beaucoup plus réduite; l'item qui les représente se situait au soixante dixième rang sur cent onze dans son étude pilote portant sur 21 cas. Nous avons retenu deux items représentant les idées de persécution ou de malveillance et un troisième exprimant une

idée voisine. Le premier est emprunté à Lorr, et s'efforce de concentrer les 3 items analogues de son I.M.P.S. (47, 48, 49): 'Exprime ou admet ressentir, ou avoir ressenti les jours précédents, l'impression d'être surveillé, menacé ou persécuté. On l'écoute, on l'observe, on parle de lui, on le trompe, on complotte contre lui, on lui est hostile". Le deuxième reproduit exactement l'item (21): "Exprime des sentiments d'amertume et de rancune, a l'impression qu'on lui a fait du tort, qu'on l'a dupé, qu'on l'a blessé, qu'on l'a dédaigné". Le troisième n'existe que chez Lorr: "Exprime l'idée que tout le monde est au courant de ses malheurs ou de ses fautes, qu'il est ridicule ou déshonoré". Il est plus proche du sentiment d'être deviné ou moqué par autrui et des idées de références, et reste dans la lignée des idées de persécution des mélancoliques plus orientées vers l'auto-agression que l'hetero-agression (Anglade).

Une autre idée délirante, classique et rare, le délire de négation tel qu'il peut se rencontrer dans le syndrome de Cotard. Nous n'avons pas intégré à l'échelle d'évaluation les idées d'immortalité et d'énormité, qui paraissaient d'emblée trop exceptionnelles pour pouvoir avoir des corrélations significatives avec d'autres items. Nous les avons notées à part. Nous avons gardé les idées de négation qui nous paraissaient un peu moins rares, en rédigeant l'item suivant: "exprime la crainte et la certitude que son corps est anormal, ou déformé, que ses organes

internes ne fonctionnant plus, sont bouchés, pourris ou disparus". Ce libellé est proche de celui de Lorr (I.M.P.S. 54) dont l'item n'a pas été intégré à l'échelle de dépression. Nous avons également ajouté un item sur le sentiment que peut avoir le malade quand au déroulement du cours du temps. Sans prétendre explorer par cette seule appréciation la des-
tructuration temporelle de la conscience du mélancolique, qui mériterait de nombreux autres items à elle seule, il nous a paru intéressant d'essayer de voir s'il existait une différence entre ce qu'exprime sur le déroulement du temps les malades présentant une dépression de type mélancoliques et ceux souffrant de dépression névrotiques ou réactionnelles. Il faut cependant noter que ce sentiment n'est guère exprimé spontanément et qu'il est nécessaire d'inciter à une réponse, ce qui rend plus aisé la confusion avec la notion d'ennui. Le libellé retenu a été : "Exprime le sentiment que le cours du temps est ralenti ou arrêté". L'item suivant est descriptif et veut apprécier un trait parfois rencontré dans la mélancolie assez proche des éléments du syndrome de Cotard: cette sorte de mégalo-
manie dans la dépression qu'on retrouve généralement liée aux idées de culpabilité. Cest item est rédigé : "Emploie pour se qualifier des termes superlatifs quels qu'en soient les thèmes. Il est le plus grand pêcheur, le plus grand criminel, le plus grand malade". Notons ici que c'est le dernier thème qui est le plus facilement exprimé, surtout après incitation, les deux premiers n'ont été dits qu'à deux reprises.

- Les items explorant l'inhibition

Les items suivants sont destinés à décrire l'inhibition psychique, ou du moins, le sentiment, purement subjectif, que le sujet peut avoir de ses difficultés à travailler, agir, se concentrer - Beck a retenu trois items de ce type : (Q) "Faire quoi que ce soit me fatigue, je suis trop fatigué pour faire quelque chose" ; (O) "Il faut que je me force beaucoup pour faire quoi que ce soit ; je ne peux faire aucun travail" ; (M) "Je ne peux plus prendre de décision". Nous retrouvons ces éléments dans l'échelle de Hamilton, mais les symptômes objectivement constatés sont mêlés à la symptomatologie verbale exprimant les plaintes à leur sujet. Ainsi, dans l'item (7), travail et activités, l'existence de "pensées et de sentiments d'incapacité, de faiblesse et de fatigue se rapportant à des activités professionnelles ou de détente" est cotée comme le premier degré de l'item, dont le deuxième degré est la perte d'intérêt dans les activités, décrite directement par le malade ou constatée d'après son apathie et son indécision, et dont les degrés supérieurs sont la diminution objective des activités de thérapie occupationnelle ou l'arrêt du travail. La perte d'énergie et la fatigabilité sont notées parmi les symptômes somatiques généraux (13) et l'item (22) comprend à la fois l'expression spontanée ou non d'un sentiment d'impuissance et le constat objectif du besoin du malade d'être stimulé, guidé, rassuré ou aidé pour faire

les actes de la vie courante. Il nous a paru plus juste d'utiliser des items différents pour noter d'une part les éléments objectifs et constatables du ralentissement moteur que nous verrons plus loin, et d'autre part le sentiment subjectif d'inhibition ; car s'il est très probable que l'existence du premier s'accompagne du second, l'inverse n'est pas évident à priori, et l'on peut penser que, dans le groupe des dépressions névrotiques notamment, le sentiment d'inhibition sera au premier rang des plaintes, alors que l'on n'y constate pas habituellement de ralentissement moteur. Nous avons donc utilisé les items que LORR a ajoutés à son I.M.P.S pour mesurer l'affaiblissement fonctionnel. Les trois premiers sont à peu près les mêmes que ceux de Beck dont nous avons parlé :

"Se plaint de se sentir fatigué en général, et (ou) sans ressort", (69) ;

"Se plaint d'être dans l'impossibilité de commencer un travail, ou de s'intéresser d'une manière durable à quoi que ce soit", (62) ; "Se plaint d'être incapable de prendre des décisions, même pour des choses de peu d'importance, sans être aidé", (63) ; le quatrième qui n'existe pas chez Beck, a trait plus directement au sentiment d'handicap mental : "Se plaint d'être dans l'impossibilité de se concentrer, de se rappeler des choses, ou de résoudre des problèmes", (64). Un autre item, exprimant l'idée de la perte de l'intérêt porté aux activités sociales et aux autres personnes a été utilisé par LORR pour explorer l'altération fonctionnelle. Très semblable à celui de Beck (Social withdrawal, (L)), il est ainsi libellé :

"Se plaint d'une baisse de l'intérêt qu'il porte aux gens, aux activités mondaines, à ses passe-temps favoris". Il présente l'inconvénient de

couvrir deux concepts différents : l'intérêt porté aux activités de passe-temps, qui en effet rentre dans le cadre de l'inhibition fonctionnelle, et l'intérêt porté aux relations avec autrui, qui renvoie à un tout autre type d'investissement. Nous ne l'avons cependant pas modifié. Il est intéressant de noter à son propos que dans l'analyse factorielle de LORR, il occupe en effet le cinquième rang du facteur "Functional Impairment", mais avec une saturation assez basse (35) alors que les quatre items ont des saturations beaucoup plus élevées : .70 pour l'incapacité à travailler et à se concentrer, et .60 pour l'incapacité de décision et la fatigue. Par contre, cet item a une saturation relativement importante dans le facteur "Depressive Mood" où il arrive au troisième rang derrière les idées de suicide et la dépression manifeste, à égalité avec les sentiments de tristesse et avant le pessimisme. Dans l'analyse de Pichot et coll. il intervient dans le facteur I (inhibition) mais au cinquième rang et avec une saturation beaucoup plus basse que celle des quatre items principaux ; il fait partie avec une saturation élevée du facteur IV avec l'aesthésie affective et le sentiment d'être physiquement répugnant, ce facteur étant interprété comme exprimant le désinvestissement libidinal. Il faut noter que dans cette étude, l'item utilisé est celui de Beck, dont la rédaction ne comporte que la notion de repliement social et d'intérêt pris aux relations à autrui, ce qui est certainement une meilleure formule. Nous avons ajouté, dans le même ordre d'idée, un item exprimant l'ennui et l'absence de désir que formulent souvent les malades déprimés - cet item est très général, plus proche

dans sa signification de l'anesthésie affective que du sentiment d'impuissance : "dit ou admet n'avoir goût à rien, dit être sans désir et sans envie - tout l'ennuie - n'a envie de rien - n'a envie de rien faire".

L'indifférence affective, qui est classiquement un symptôme important de la dépression mélancolique, mais aussi des formes stuporeuses de dépression névrotique, et des états dépressifs survenant chez les schizophrènes, peut être étudiée sur deux plans : comme élément de symptomatologie subjective, mais les plaintes exprimées à ce sujet sont à priori un peu différentes du phénomène en question, et assez proches du contenu de l'item dont nous venons de parler ; comme symptôme objectif et il est alors assez difficile à apprécier comme à définir - Beck utilise dans son questionnaire un concept d'indifférence assez particulier puisqu'il est libellé ainsi : (K) "Je ne suis pas du tout irrité pas pour les choses qui d'habitude m'irritaient" - Il considère cette formule comme le degré maximum de l'irritabilité, les degrés inférieurs étant "Je m'impatiente et je m'irrite plus facilement que d'habitude" et "je me sens irrité tout le temps" - En fait, rien ne permet de penser que l'indifférence des grands déprimés est du même ordre que l'irritabilité et qu'elle en est le degré maximum, quel que soit le mécanisme psychologique invoqué pour l'expliquer. D'ailleurs, dans un travail français sur l'homogénéité du questionnaire de Beck, il a été montré que cet item (K) est un des deux items qui ont la plus médiocre corrélation avec le facteur général supposé, c'est à dire avec les notes totales. Nous n'avons pas retenu cet item, ni pour l'irritabilité ni pour l'indifférence et nous avons préféré

garder les deux items de LORR, bien que dans leur libellé ils soient un peu trop proches, ce qui explique sans doute qu'ils appartiennent au même facteur (Ralentissement) avec des saturations assez voisines et élevées (.60 et .73) - Le premier signifie plutôt le désintérêt pour les choses, la passivité et le manque de but, alors que le second exprime plus nettement d'indifférence affective, non comme plainte, mais comme élément constaté par l'examineur : "(6) - Montre de l'indifférence ou de l'apathie pour des sujets tels que son traitement, sa sortie de l'hôpital, son avenir - content de rester à l'hôpital, désireux de s'en remettre à un médecin, ne voit pas la nécessité du traitement, semble n'avoir ni but, ni espoir". - " (16) Se montre apathique, indifférent, sans réaction affective, qu'il s'agisse de ses problèmes personnels, de sa famille, de son entourage - ne rit pas, ne sourit pas, ne réagit pas à la taquinerie - ni triste ni en colère, - ne semble pas se soucier de ce qui se passe - parle de ses sentiments d'un ton froid et détaché". - Logiquement, le premier devrait varier avec l'item précédent (désintérêt, ennui) mais la forme même de sa rédaction risque de le rapprocher du deuxième - De toute façon ces deux items sont plus descriptifs d'un comportement que les faits pour évaluer le contenu verbal du discours du malade.

- Les items décrivant l'anxiété et la symptomatologie névrotique

Le but recherché dans le choix de ces items est double - D'abord exprimer la plus grande partie possible des plaintes et des symptômes habituellement rencontrés dans les dépressions névrotiques ou réactionnelles, ce qui conduit à essayer de formuler diverses expressions de l'anxiété et des manifestations somatiques ou psychologiques qui l'accompagnent. Ensuite, tenter de trouver des formulations qui puissent aussi s'adapter à l'angoisse psychotique des dépressions endogènes. Il est cependant nécessaire d'éliminer de nombreux symptômes pour ne pas allonger excessivement le questionnaire.

L'anxiété est formulée par Hamilton dans deux items (10 et 11) dont le premier représente l'anxiété psychique, allant de la tension subjective avec irritabilité aux peurs exprimées spontanément, avec comme degrés intermédiaires l'attitude inquiète, l'expression faciale de l'anxiété, et le fait de se faire du souci à propos de problèmes mineurs. L'anxiété somatique est notée selon le degré d'handicap qu'elle entraîne d'après la présence des concomitants physiques courants de l'anxiété, tels que troubles digestif, cardiovasculaires, respiratoires, urinaires, la transpiration et les céphalées - sont notés à part des symptômes généraux tels que la lourdeur dans les membres ou dans le dos, les céphalées à nouveau, les rachialgies et la fatigabilité. Nous avons vu plus haut qu'il paraissait préférable d'isoler plus nettement ces divers éléments dont on ne peut affirmer qu'ils font partie d'un même syndrome.

De plus, l'auteur utilise un item de symptômes somatiques gastro-intestinaux, où l'on retrouve l'anorexie, la sensation de lourdeur abdominale et l'usage des laxatifs. Il semble ici nécessaire d'isoler l'anorexie - Enfin, l'item de Hamilton (15) "hypochondrie" nous a paru recouvrir plus d'éléments qui là aussi n'étaient peut-être pas des variations de degré d'une même dimension : l'attention concentrée sur le corps et les préoccupations sur la santé, les plaintes fréquentes et la demande d'aide, et les idées hypochondriaques. Dans le questionnaire de Beck, on ne retrouve qu'un item exprimant les préoccupations somatiques, et aucun ne décrit l'anxiété, ce qui est logique car il ne cherchait pas à discriminer éventuellement les dépressions névrotiques des endogènes mais à quantifier l'importance de la seule dépression - LORR utilise, à l'intérieur d'un facteur "Anxious-Self-Blame" outre des items de culpabilité dont nous avons parlé plus haut, deux items d'anxiété que l'on peut qualifier, l'un d'anxiété vague (17) : "dit ou admet se sentir anxieux, soucieux ou inquiet par avance de vagues ennuis indéfinissables - s'inquiète des événements à venir sans savoir pourquoi" ; cet item rend assez bien compte du sentiment d'expectative anxieuse, non fixé et non rationalisé. L'autre item (14) est qualifié d'anxiété spécifique, et représente en réalité quelque chose de très analogue : "dit ou se reconnaît être déjà anxieux et inquiet à l'idée de problèmes précis, de difficultés qu'il devra affronter plus tard - s'inquiète de ses symptômes, de sa famille ou de sa situation financière". Nous avons gardé ces deux items sans modifier leur libellé et nous y avons ajouté un item décrivant

l'anxiété phobique sans toutefois nommer celle-ci pour n'en retenir que le contenu, et éviter d'avoir à discriminer entre les divers types de phobies. L'item de Lorr notait les phobies en les distinguant des craintes anxieuses et il apparaissait curieusement dans un facteur appelé obsessionnalité, et constitué des phobies, des idées obsédantes et des actes compulsifs. Nous avons ainsi rédigé cet item: "Se plaint de ressentir une sensation d'angoisse dans certaines situations précises, ou en présence de certains objets précis (non menaçants en eux-mêmes)". Il s'appliquait à l'épisode actuel et / ou à la période antérieure, pourvu qu'elle soit récente (quelques mois), ceci afin de retenir les phobies présentées de façon habituelle et d'éliminer un épisode phobique ancien et liquidé.

Parmi les autres symptômes et traits cliniques traduisant l'anxiété névrotique, nous avons retenu trois groupes principaux: la dépersonnalisation et la déréalisation, les manifestations somatiques et quelques plaintes adressées à l'entourage.

Les items exprimant l'existence de symptômes somatiques concomitants de l'anxiété, qu'ils signifient ou non une conversion de celle-ci, sont au nombre de trois. Le premier apprécie les manifestations respiratoires et thoraciques, telle que la sensation d'étouffer, de manquer d'air, d'être opprimé, de ne pouvoir respirer à fond, ainsi que la gêne précordiale, les palpitations, la sensation de constriction laryngée, de "boule dans la gorge", etc... Il ne nous a pas paru possible de les mettre à priori sur le même plan que les concomitants digestifs ainsi rédigés:

" Se plaint de symptômes intestinaux: lourdeurs gastriques, gêne et pesanteur post-prandiale, nausées ou vomissements, ballonnement intestinal, diarrhée ou constipation". L'adjonction de la constipation à ces symptômes intestinaux est probablement une erreur et il aurait été intéressant de la noter à part. Nous n'avons pas relevé l'existence des symptômes urinaires, non plus que les symptômes génitaux. Par contre nous avons regroupé les autres manifestations somatiques dans un item général "Se plaint de nombreux symptômes physiques vagues, mal définis, de douleurs variées. Est préoccupé par son corps, s'inquiète de divers maux peu précis", destiné à apprécier de la façon la plus générale possible les tendances hypochondriaques. Lorr utilisait dans son I.H.P.S. un item (71) analogue au nôtre quant aux symptômes intestinaux, mais il n'apparaît pas dans les facteurs dépressifs qui ont servi à la construction de l'échelle D. Enfin, il a été ajouté un item ayant à peu près la signification de la cancérophobie classique, mais dont la rédaction a été élargie: "Craint d'avoir une maladie précise qu'il peut dénommer; peur d'avoir un cancer, un infarctus du myocarde, une maladie organique cérébrale". A la passation, cet item s'est révélé avoir très précisément la signification de la cancérophobie, et c'est autour du seul cancer qu'étaient centrées les craintes de la plupart des sujets qui l'exprimaient.

Les manifestations de la dépersonnalisation et de la déréalisation ont été incluses dans cette échelle de symptomatologie dépressive bien que classiquement elles ne soient pas particulièrement liées aux

états dépressifs. La dépersonnalisation est un symptôme, ou un syndrome, que l'on peut rencontrer dans des états très divers, névrotiques ou psychotiques, et qui n'a probablement pas alors la même signification. Toutefois les travaux de Roth tendent à isoler dans un syndrome particulier, qu'il considère comme un des pôles des désordres affectifs, ces états qualifiés par lui d'état de dépersonnalisation et d'anxiété phobique. Roth semble situer ces états à la limite des états dépressifs, tout en soulevant l'hypothèse que la dépersonnalisation serait un mode de défense non spécifique contre l'angoisse.

Nous avons choisi une rédaction assez vague pour la dépersonnalisation de façon à ce qu'elle puisse s'appliquer éventuellement aux divers états où elle peut être rencontrée. Nous lui avons adjoint un item décrivant la déréalisation telle qu'on la rencontre habituellement chez les hystériques, en nous efforçant que son libellé puisse comme celui de l'item précédent, s'appliquer aux sentiments d'étrangeté et d'irréalité, que l'on décrit généralement ensemble chez les psychasthéniques. Nous avons donc rédigé trois items: "Exprime le sentiment que son corps est modifié, irréel, et lui est étranger - son corps n'est plus comme avant, c'est"comme si" sa tête était vide, son visage modifié, ses yeux ceux d'un autre". - "Exprime le sentiment que sa propre personne est étrange ou bizarre, a l'impression de ne pas être vraiment lui-même, de se sentir étranger à lui-même - s'interroge sur son identité, sur la réalité de son existence" - "Exprime le sentiment d'avoir des difficultés à percevoir la réalité, de

se sentir loin et comme séparé des choses et des gens - a l'impression de voir les choses et de faire les gestes de la vie courante comme dans un brouillard ou à travers un nuage".

Les autres plaintes névrotiques retenues se rapportent surtout à la demande d'aide vis à vis des autres, la demande de soin ou la crainte d'être abandonné, et tendent globalement à évaluer l'expression de la dépendance et de la revendication affective. Les trois items ont été ainsi rédigés: "Exprime la crainte ou la certitude d'être rejeté par les siens, d'être abandonné - Se plaint de ce qu'on ne s'occupe pas assez de sa santé, qu'on ne prenne pas sa maladie au sérieux" - "Se plaint et s'attendrit sur lui-même et demande qu'on le paille". Ces items n'existaient pas chez Lorr ni chez Beck, le second est en partie analogue à l'item 10 (hypochondrie) de Hamilton.

Le ralentissement. Nous avons repris chez Lorr une série de symptômes "objectifs" dont l'appréciation ne porte pas sur le contenu de l'entretien avec le malade et sur les thèmes exprimés par lui, mais sur des traits de comportement relativement faciles à évaluer. Ces symptômes sont regroupés dans l'analyse de Lorr en un facteur qualifié de ralentissement (retardation) qui comprend aussi les items exprimant l'indifférence, l'apathie et l'anesthésie affective. Les items (1, 9, 11, 15, 22, 23) sont les suivants: "S'exprime lentement, péniblement, après réflexion prolongée" "Présente une mimique figée, immobile (sans qu'on puisse y discerner un sentiment ou une expression quelconque)" - "A une motricité ralentie,

mesurée, avec mise en train laborieuse ou retardée. Agit comme sous l'effet d'une grande fatigue, tout mouvement semble nécessiter un effort démesuré"- "Se bloque, s'arrête, s'interrompt de façon irrégulière quand il parle (ne pas tenir compte d'un bégaiement)" - "Parle à voix basse, chuchote, est difficile à entendre" - "N'arrive pas à répondre aux questions, répond par monosyllabes, ou se limite au strict minimum: répond par oui ou par non, il faut insister pour obtenir une réponse - ne considérer que la quantité des réponses et non leur contenu".

A ces items nous avons ajouté un autre item d'appréciation également objective, qui est le complément comportemental de l'item évaluant l'importance de l'expression de la tristesse et de la douleur morale. Il est emprunté à Lorr (24) et il appartient au facteur Humeur dépressive: "Parait triste et découragé dans sa mimique et son attitude et/ou son comportement".

L'échelle d'évaluation comporte donc cinquante trois items au total. Vingt quatre ont été pris dans l'I.M.P.S. de Lorr, dont quatre hors de l'échelle dépressive; deux viennent de l'échelle de Hamilton (mais les deux échelles se recouvrent en grande partie); vingt deux items sont nouveaux.

Parmi les items de Lorr qui n'ont pas été gardés dans notre échelle, figurent ceux qui constituaient les facteurs "syndrome somatique" et "obsessionnalité". Dans le premier il y avait l'anorexie et l'amaigrissement, dans le second les phobies, les idées obsédantes et les compulsions.

Nous n'avons pas non plus gardé certains symptômes des échelles de Peck et de Hamilton, et notamment les troubles du sommeil: insomnies à l'endormissement, au réveil, ou au milieu de la nuit qui ont été étudiées dans d'autres analyses factorielles (Posenthal, Kay et Garside, etc...) avec des résultats assez peu concordants. De même la perte de la libido, les variations thymiques journalières, les troubles de l'alimentation. Ces symptômes n'ont pas été retenus, d'une part en raison de la nécessité de limiter le nombre d'items de l'échelle pour que la valeur des calculs reste suffisante, d'autre part pour nous limiter aux éléments de symptomatologie constatés au cours d'un entretien et aux éléments subjectifs exprimés par le malade, ceci dans le but de garder une certaine homogénéité à l'échelle d'évaluation.

Quelques symptômes qui ne faisaient pas partie de l'échelle ont cependant été relevés à part. Les idées d'immortalité par exemple, qui sont classiques dans la mélancolie, et qui ont été notées trois fois sur 27 malades examinés. Une fois cette idée était sous-tendue par la notion de faute et d'impossibilité d'expier, deux autres fois par la notion de délivrance impossible à obtenir. Des idées de malédiction et des idées de nuire à autrui malgré soi ont été notées deux fois. Le désir exprimé d'être physiquement malade, deux fois. Un mono-idéisme a été noté également deux fois. La relative rareté de ces symptômes ne justifie probablement pas qu'on les intègre à l'échelle d'évaluation.

Les items de l'échelle d'évaluation ont ensuite été classés de façon à faciliter leur notation au cours d'un entretien psychiatrique, auquel elle pouvait servir de fil conducteur. Les éléments comportementaux à apprécier ont dans l'ensemble été placés à la fin, pouvant être chiffrés après l'entretien. Il a été ajouté aux questionnaires quelques renseignements complémentaires, notamment la profession, le niveau d'instruction, l'appréciation générale de l'intensité de l'état dépressif et une double classification diagnostique.

La rédaction définitive de l'échelle telle qu'elle a été utilisée au cours des entretiens, figure à la page suivante.

Abs	Très peu	Peu	Moy	As imp	Imp	Extr imp
e						
e						

13- Se plaint de nombreux symptômes physiques, vagues, mal définis, de douleurs variées. NB. : est préoccupé par son corps, s'inquiète de divers maux peu précis.

14- Se plaint de symptômes intestinaux : lourdeurs épigastriques, gêne post-prandiale, nausées, ballonnement intestinal, diarrhées ou constipation.

15- Se plaint de symptômes physiques, thoraciques : sensation d'étouffement, gêne précordiale, palpitations, constriction laryngée.

16- Exprime les craintes et la certitude que son corps est anormal, ou déformé, que ses organes internes ne fonctionnent plus - sont bouchés, pourris ou disparus.

17- Exprime le sentiment que son corps est modifié, irréel et lui est étranger. -Son corps n'est plus comme avant, c'est "comme si" sa tête était vide, son visage modifié, ses yeux ceux d'un autre.

18- Exprime le sentiment d'avoir des difficultés à percevoir la réalité, se sentir loin et séparé des choses et des gens.
-A l'impression de voir les choses et de faire les gestes de la vie courante comme dans un brouillard, ou à travers 1 nuage.

19- Exprime le sentiment que sa propre personne est étrange ou bizarre, à l'impression de ne pas être vraiment lui-même, de se sentir étranger à lui-même. S'interroge sur son existence.

20- Exprime le sentiment que le cours du temps est ralenti ou arrêté.

21- Dit ou admet être préoccupé par des idées ou des plans de suicide. NB : ce jour ou les jours précédents.

22- Exprime son impression d'avoir perdu toute espérance, d'être découragé sur l'avenir, de sentir que les choses ne pourront s'arranger. Tout ira de mal en pis. Ne voit pas de solution à ses problèmes.

23- Exprime un sentiment de tristesse, de malheur, de douleur.
NB. : ne juger que d'après ce que le malade dit ou admet et non d'après l'apparence extérieure.

24- Exprime un sentiment d'incapacité, d'incompétence. Il échoue dans tout.

25- Exprime par son discours et attitude un sentiment de faiblesse et d'impuissance.

26- Exprime le sentiment d'être inf. aux autres, de ne pas pouvoir être comme les autres, sur le plan physique. NB. : + faible, - résistant, - beau.

27- Exprime le sentiment d'être inf. aux autres sur le plan intellectuel. NB. : moins intelligent, comprend moins bien, réussit moins bien.

28- Exprime le sentiment d'être sans appui, A la conviction de ne pas pouvoir être aidé. Personne de pourra rien faire pour lui.

29- Se blâme, se critique, se condamne ou se tient pour responsable et se reproche actes ou pensées anciennes ou récentes, réelles ou imaginaires.

30- Exprime des idées de remords, de regret, de culpabilité, concernant des actes ou des pensées, anciennes ou récentes, réelles ou non. NB. : il a fait des fautes, il est pêcheur et coupable, il est impardonnable.

31- Exprime le désir ou le souci de réparer les torts causés à autrui. NB. : doit expier ses fautes, mérite d'être puni, désire l'être.

32- Exprime l'idée ou le sentiment de ne plus être comme avant, être diminué -sur le plan physique, intellectuel, activités en général."Je ne suis plus ce que j'étais, avant j'étais actif, je réussissais ce que je faisais",

33- Exprime le sentiment de n'être pas comme il voudrait être.
NB. : idées de ne pouvoir atteindre à l'idéal de soi, sans
référence aux autres; de ne pas être aussi fort, aussi
intelligent qu'il voudrait, d'être déçu de soi-même.

34- Exprime le sentiment qu'il a de lui-même d'être laid ou difforme, sans intérêt ou déplaisant à regarder-répugnant.

35- Exprime le sentiment d'être dégoûté de soi-même, de se mépriser.

36- Exprime la crainte ou le refus d'être à la charge de sa famille ou de la société, d'être un poids pour les autres.

37- Exprime des soucis d'ordre financiers ou matériels ;
pense qu'il a perdu de l'argent, qu'il va vers la misère.
NB. : il va tout perdre, il est ruiné, va être jeté à la rue.

38- Exprime la crainte ou la certitude d'être rejeté par les siens, d'être abandonné.

39- Se plaint de ce qu'on ne s'occupe pas assez de sa santé, qu'on ne prenne pas sa maladie au sérieux.

40- Se plaint et s'attendrit sur lui-même et demande qu'on le
plaigne.

41- Exprime des sentiments d'amertume et de rancune : a l'impression qu'on lui a fait du tort, qu'on l'a blessé, qu'on la dédaigné.

42- Exprime ou admet ressentir ou avoir ressenti les jours précédents, l'impression d'être surveillé, menacé ou persécuté. NB. : on l'écoute, observe, trompe, parle de lui..

43- Emploi pour se qualifier des termes superlatifs, quels qu'en soient les thèmes. NB. : il est le plus grand pêcheur, le plus grand criminel, le plus grand malade...

44- Exprime l'idée que tout le monde est au courant de ses malheurs ou de ses fautes, qu'il est ridicule ou déshonoré.

45- S'exprime lentement, péniblement, après réflexion prolongée.

46- Se bloque, s'arrête, s'interrompt de façon irrégulière quand il parle.

47- Parle à voix basse, chuchote, est difficile à entendre.

48- N'arrive pas à répondre aux questions, répond par monosyllabes, ou se limite au strict minimum. NB. : répond par oui ou par non - se contente de regarder sans expression, il faut insister pour obtenir une réponse.

- 49- Présente une mimique figée, immobile (sans que l'on puisse y discerner un sentiment ou une expression quelconque.
- 50- A une motricité ralentie, mise en train laborieuse ou retardée. NB. : agit comme sous l'effet d'une grande fatigue, tout mouvement semble nécessiter un effort demesuré.
- 51- Parait triste et découragé dans sa mimique, son attitude et son comportement. NB. : se baser uniquement sur l'apparence extérieure et le comportement.
- 52- Manifeste au cours de l'entretien une instabilité de l'humeur, passant des larmes au rire et inversement.
- 53- Parle trop. NB. : flot de paroles difficiles à arrêter - impossibilité de placer un mot ; noter la quantité de paroles et non la valeur ou la cohérence de leur contenu.

Profondeur de l'état dépressif - appréciation subjective

0	1	2	3	4	5	6

Diagnostic provisoire

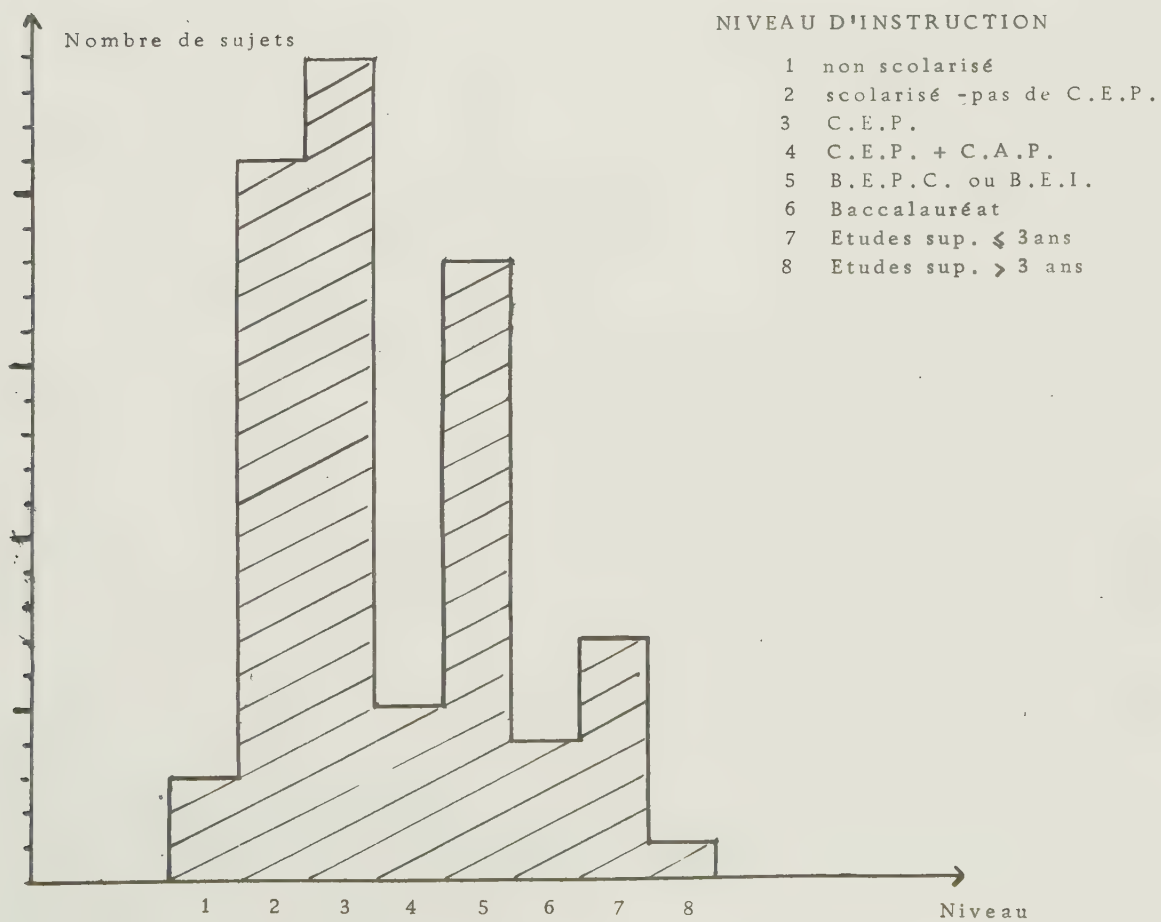
Diagnostic confirmé s'il y a lieu

Demd	Der	Dr	Dn	D.Ir	D.Po O	Ps.D

- Les sujets étudiés -

Le questionnaire a été appliqué à 85 malades déprimés, tous hospitalisés dans un service de psychiatrie, soit en service ouvert (16 malades) soit en service fermé (69 malades). La presque totalité était composée de femmes (79 sur 85). L'âge des sujets s'étalait de 22 à 82 ans, avec un âge moyen de 51,6. Le niveau d'instruction est à peu près analogue à celui de la population générale en milieu urbain compte tenu de la forte proportion de femmes. L'histogramme des âges et celui des niveaux d'instruction sont présentés dans le tableau de la page suivante.

L'évaluation des symptômes présentés a été effectuée au cours d'un seul entretien, d'une durée d'une heure environ qui a eu lieu généralement au cours de la première semaine de l'hospitalisation, rarement au cours des deux premiers jours, avec des sujets qui étaient, indifféremment, déjà en cours de traitement ou non. L'entretien comportait d'abord un entretien libre, puis des questions orientaient la recherche des symptômes, l'évaluation des données comportementales ayant eu lieu aussitôt après. Au terme de l'entretien, un diagnostic provisoire était porté, ne s'attachant qu'à l'impression clinique qui ressortait de l'entretien et sans que des questions portant sur l'anamnèse n'aient été posées. Ultérieurement un diagnostic définitif était posé, qui était uniquement celui porté à la sortie du malade par le ou les psychiatres du service. Les diagnostics définitifs se répartissent comme suit dans les catégories prévues initialement, et compte-tenu de l'abandon provisoire de la distinction entre dépres-



sion endogène maniaco-dépressive et dépression endogène récidivante (unipolaire):

- Dépressions endogènes (maniaco-dépressive)	23
- Dépressions réactionnelles	13
- Dépressions névrotiques	20
- Dépression des psychoses fonctionnelles	13
- Dépression d'involution	14
Dépression des psychoses organiques	2.

Dans un premier temps les catégories diagnostiques ont été contractées de la façon suivante :

- Dépressions endogènes (pmd)	22
- Dépressions réactionnelles et névrotiques	32
-Dépressions d'involution	13
- Autres	12

La dernière catégorie comprend les schizophrènes et délirants déprimés, les deux seuls cas de psychose organique, et trois sujets considérés comme mal classés dans les trois principales catégories. Quant à la sélection des malades elle a été réduite au minimum. Les sujets qui ont été examinés étaient considérés comme réellement déprimés par le psychiatre traitant, et n'ont été recusés que quelques sujets chez lesquels le mutisme interdisait l'entretien et quelques schizophrènes plus délirants que déprimés.

- Résultats -

I La matrice des corrélations

La matrice des coefficients de corrélation des variables deux à deux est exposée dans les tableaux ci-dessous. Il n'a été retenu que les coefficients significatifs à .05 pour rendre cette matrice plus explicite.

Les coefficients sont significatifs à $p \leq 0,02$ à partir de .25

et à $p \leq 0,01$ à partir de .28

Il apparaît d'emblée que certaines variables possèdent de nombreuses corrélations significatives avec les autres variables (variables 1,6,8,22,26, 28, 43, 49, etc...) alors que d'autres en possèdent très peu (10, 11, 12, 21, 41). Mais dans l'ensemble le nombre de coefficients de corrélation significatifs est élevé.

Variables

[illegible]

MATRICE DE CORRELATIONS 2

Variables

	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
1	22	25				42	29	32									32				25		37	35	30		
2		24				30		29									37		26	26	26	25	40	27	32		
3						29											25		26	31	31		25				
4						28													31	30	39	29	41	24			
5		46	23			47	22	26	37	36	27						36		23				33		32		
6		31	30			47		24	29								24		26		24	23	29	28	29		
7		28							22			28				30			49	50	43	35	60	38	-45	-44	
8		33	40			32	30	25				27					31		53	38	51	36	46	39	22	-35	
9			27	29	24	40			28	21							28		33	31	32	25	31		41		
10													27									-22					24
11													-25				-28										
12				-28																							
13	-27	-28	-30		-22		-33		-35										-23								23
14								28									24							25			
15																											
16			32					46	23	36	36						43			24	22		29	40		27	35
17								22															26				
18																											
19																										24	
20																											
21		24				24										35	29										
22	31	57	23	29	24	47		26	41	29									36	25	40	30	35	32	55		
23		48				54			28	30	22			39					21				26	28	50		
24	46	41		22		37	29	34	28	45	22						41		37	44	48	30	43	33	30	-31	
25	28	38				49		28	30	47							31		31	29	37	30	42	37	55		
26	51	39		26		36	30	32	26	39	23						41				28		33	40	23		

M A T R I C E D E S C O R R E L A T I O N S 3

[illegible]

II - L'analyse en composante principale -

Si l'on retient le critère de Kaiser pour le choix des facteurs extraits par l'analyse, on trouve 15 facteurs dont la valeur propre est supérieure à 1.

Les valeurs propres de ces facteurs sont les suivantes :

Facteur 1	Valeur propre	11,44
Facteur 2	" "	4,33
Facteur 3	" "	3,47
Facteur 4	" "	2,87
Facteur 5	" "	2,59
Facteur 6	" "	2,14
Facteur 7	" "	1,81
Facteur 8	" "	1,69
Facteur 9	" "	1,64
Facteur 10	" "	1,47
Facteur 11	" "	1,34
Facteur 12	" "	1,27
Facteur 13	" "	1,22
Facteur 14	" "	1,16
Facteur 15	" "	1,05

Le nombre de facteurs ainsi obtenu est apparemment un peu trop élevé, et l'interprétation des premiers facteurs sera, nous le verrons,

difficile.

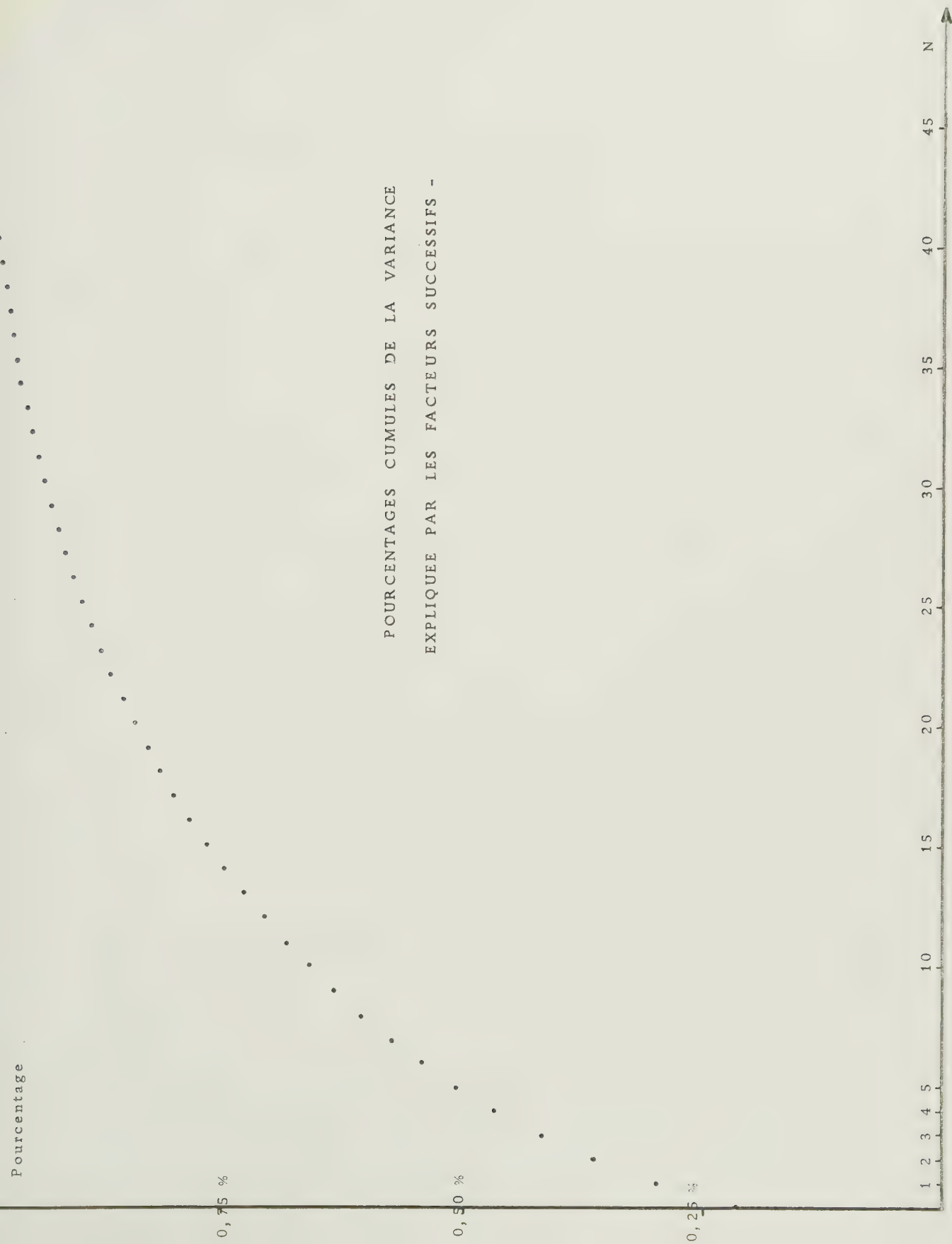
Si nous utilisons pour le choix du nombre de facteurs à retenir la recherche d'un point d'inflexion sur la courbe obtenue en notant en abscisse le nombre de facteurs et en ordonnée le pourcentage de la variance expliquée par chacun des facteurs, nous constatons qu'il existe deux points d'inflexion, après le quatrième et après le septième facteur, mais ces inflexions sont en fait peu marquées. (cf courbe).

Quant à l'examen de la courbe des pourcentages cumulatifs de la variance totale expliquée par les facteurs successifs, elle est parfaitement régulière et ne permet aucune décision. C'est pourquoi les possibilités d'interprétation des facteurs resteront un critère important.

Pourcentage

POURCENTAGES DE LA VARIANCE EXPLIQUEE PAR LES
QUINZE PREMIERS FACTEURS





III - Les facteurs extraits avant rotation -

Le premier facteur extrait est un facteur unipolaire, composé des items suivants par ordre de charges décroissant et en ne retenant que les 10 premiers items.

47 - parle à voix basse, chuchote	73
49 - présente une mimique figée, immobile	69
28 - sentiment d'être sans appui, on ne pourra rien faire pour lui	68
24 - sentiments d'incapacité et d'incompétence	70
22 - a perdu toute espérance, découragé de l'avenir ...	68
25 - exprime un sentiment de faiblesse et d'impuissance	67
43 - emploie pour se qualifier des termes superlatifs .	62
45 - s'exprime lentement, après réflexion prolongée ...	63
5 - baisse d'intérêt porté aux gens, aux activités ...	61
46 - se bloque, s'arrête de façon irrégulière quand il parle	64

Ce facteur regroupe donc des variables décrivant le ralentissement moteur, le pessimisme, les sentiments de dévalorisation et de désintérêt social. Il est assez proche du premier facteur de Hamilton et de Rosenthal, mais ceux-ci comportent tous deux les idées de culpabilité qui n'apparaissent ici qu'avec une saturation nettement plus basse. Il en est de même pour le facteur A de Friedman, correspondant à l'humeur dépressive classique, et chez qui en outre, le ralentissement est entièrement regroupé

dans le deuxième facteur. Sur le plan syndromique, le premier facteur correspond évidemment au tableau de la mélancolie, mis à part les thèmes de culpabilité. Quant aux items décrivant le ralentissement moteur, ils sont nombreux et leur présence, comme l'absence des items exprimant l'inhibition, rendent difficile l'interprétation de ce facteur comme un facteur général de dépression. Or on admet, avec Spearman que le premier facteur en composante principale représente toujours le facteur général, s'il existe. Le problème de l'existence d'un facteur "G" dans le domaine de la symptomatologie dépressive mérite d'être posé et pourrait être approché par l'étude des communautés.

- Le deuxième facteur est un facteur nettement bipolaire dont la valeur propre est égale à 4,3. Les items qui le composent sont les suivants :

53 - Logorrhée	64
52 - instabilité de l'humeur	53
39 - revendique pour sa santé	52
15 - symptômes thoraciques	51
23 - tristesse exprimée	46
13 - symptômes somatiques divers	46
32 - sentiment d'être diminué	44
40 - demande qu'on le plaigne	42
1 - se sent fatigué	40

- avec des saturations négatives.

45 - parle lentement	.41
7 - indifférence affective	.40
48 - parle peu	.39
46 - se bloque quand il parle	.36
47 - Parle à voix basse	.30
30 - culpabilité, remords	.26

Ce facteur oppose donc apparemment un groupe d'items assez homogène, décrivant le ralentissement moteur, avec lequel on retrouve l'anesthésie affective, à un groupe d'items où se mêlent l'excitation et les variations de l'humeur au cours de l'entretien, des symptômes physiques considérés généralement comme concomitants de l'anxiété, mais sans l'anxiété elle-même, des plaintes diverses et l'expression de la tristesse. Ce facteur est presque identique au facteur B de Friedman, également bipolaire, opposant le ralentissement à l'agitation et aux plaintes et qui était interprété comme exprimant la dépression ralentie. Il est surtout très proche du deuxième facteur de Rosenthal (Self-pitying constellation).

- Le troisième facteur est également bipolaire. Il comporte des symptômes exprimant la culpabilité et la haine de soi (saturations positives):

29 - se blâme, se critique	.64
31 - désir d'être puni	.56
35 - dégoût de soi	.55

30 - remords et culpabilité	52
33 - déception de soi	38
21 - suicide	31
52 - instabilité thymique	31
44 - se sent ridicule	28

Les items sont opposés à :

13 - symptômes physiques divers, -.	44
49 - faciès figé, -.	41
50 - motricité ralentie, -.	40
7 - anesthésie affective, -.	36

Ce facteur est proche de celui de Lorr (anxious-self-blame)

qui regroupe exactement les mêmes sentiments quant à la culpabilité et la dépréciation de soi, mais qui contient aussi les items décrivant l'anxiété exprimée, alors que ceux-ci n'apparaissent pas dans notre facteur. Il serait assez proche du F III de Grinker, mais le sentiment d'être une charge pour les autres, qui était au premier plan chez Grinker, a ici une saturation nulle. Par contre il est identique au deuxième facteur de Pichot. Quant à l'autre "pôle" de ce facteur, il peut se définir par l'inhibition motrice et l'indifférence affective, mais l'item le plus saturé est: "se plaint de nombreux symptômes physiques vagues, de douleurs variées..." et sa place ici s'explique assez mal. Pour les autres items on pourrait envisager l'opposition des deux groupes de traits comme deux modes opposés de réaction à la dysthymie, soit la haine et l'agressivité contre soi-même,

soit l'indifférence et le repliement.

- le facteur IV oppose à des items dont les saturations sont assez basses (.30) et qui expriment le désintérêt des choses, l'apathie, et le pessimisme, un groupe d'items à saturations élevées :

19 - dépersonnalisation	.73
17 - corps irréel	.65
42 - idées de persécution	.55
41 - amertume et rancune	.51
12 - nosophobie	.41

c'est à dire mes items exprimant la dépersonnalisation et l'hostilité ressentie de la part des autres, le contraire en somme de l'indifférence et de l'apathie. L'interprétation de ce facteur est difficile: peut-être faut-il en faire un mode de réaction à l'angoisse. En tous cas, les 2 facteurs de Roth, où l'on retrouve la dépersonnalisation, ne comprennent pas d'idées de persécution.

- Le facteur cinq est composé de 5 items chargés positivement mais assez faiblement :

11 - phobies	.40
4 - difficulté à se concentrer	.35
21 - suicide	.34
18 - déréalisation	.34
52 - variations de l'humeur	.33

et de cinq items dont les charges négatives sont plus élevées :

16 - corps anormal, organes disparus	- .60
14 - symptômes intestinaux	- .49
34 - se sent laid	- .44
43 - se qualifie par des superlatifs	- .32
37 - idées de ruine	- .28

Ce facteur paraît opposer des symptômes relevant de l'anxiété et de la conversion aux idées délirantes qui, lorsqu'elles sont importantes constituent le syndrome de Cotard.

- Le facteur VI réunit des idées de punition et les symptômes somatiques vagues qu'il oppose aux idées de persécution, de rancune et d'incapacité. Ce facteur ne paraît pas interprétable.

- Le facteur VII oppose de façon plus nette deux groupes d'items; d'un côté les phobies, les idées d'infériorité et d'insatisfaction de soi, de l'autre la demande qu'on le plaigne, la crainte d'être rejeté, les craintes financières et les accusations contre les autres.

- Le facteur VIII oppose les idées de persécution et d'hostilité de la part d'autrui, à des phénomènes relevant de l'anxiété et des modes névrotiques de lutte contre celle-ci: déréalisation, dépersonnalisation, nosophobie et anxiété spécifique.

- Le facteur IX oppose la crainte d'être rejeté, les idées de suicide et

le sentiment d'être à la charge des autres, à l'indécision et aux idées d'incapacité et d'infériorité.

Les facteurs suivants restent pour le moment ininterprétables.

IV - Les facteurs obtenus après rotation Varimax -

La rotation a été effectuée pour les 5 premiers facteurs seulement. Le premier facteur obtenu après rotation est différent du premier facteur obtenu en composante principale. Les quatre suivants sont au contraire à peu près identiques.

La valeur des facteurs après rotation a été calculée en faisant la somme des carrés des saturations des 53 variables dans chacun des 5 facteurs, puis on en extrait le pourcentage de la variable totale représenté par chaque facteur.

Facteur I	- Valeur propre	7,99	- % de variance expliqué	15%
Facteur II	-	5,54	-	10,5%
Facteur III	-	4,95	-	9,3%
Facteur IV	-	3,07	-	5,8%
Facteur V	-	3,15	-	5,9%

Matrice factorielle après rotation varimax

Facteurs		F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₅
Valeur propre		7,99	5,54	4,95	3,07	3,15
% de la variance totale expliquée		15%	10,5%	9,3%	5,8%	5,96%
Variables						
1	se sent fatigué	.66	-.03	-.09	-.13	-.10
2	impossibilité de travailler	.60	-.13	.01	.07	-.20
3	indécision	.51	-.07	.05	-.11	-.02
4	difficultés de concentration	.41	-.29	-.07	-.25	.21
5	désintérêt social	.66	-.01	.19	.06	-.13
6	goût à rien	.70	-.14	.00	.13	-.02
7	indifférence affective	.18	-.70	.03	-.06	-.12
8	apathie	.47	-.52	.12	.16	.06
9	anxiété vague	.55	-.06	.17	-.27	.05
10	anxiété spécifique	.15	.34	.13	-.05	-.03
11	phobie	-.00	.01	-.15	-.36	.36
12	nosophobie	.05	.04	-.14	-.51	.17
13	symptômes physiques divers	.03	.21	-.58	-.34	-.26
14	symptômes abdominaux	.18	.10	-.26	-.14	-.56
15	symptômes thoraciques	.17	.34	-.24	-.33	-.10
16	corps anormal	.23	-.04	.13	-.19	-.73
17	corps irréel	.05	-.06	.00	-.67	-.28
18	déréalisation	.04	.10	-.05	-.17	.32
19	de personnalisation	.10	.04	.08	-.80	-.14
20	temps ralenti	.41	-.13	-.15	-.03	.24
21	suicide	.22	.19	.26	.10	.33
22	pessimisme	.75	-.04	.23	.05	-.05
23	tristesse exprimée	.74	.12	.16	-.05	-.09
24	incompétence	.51	-.34	.24	-.04	-.26
25	faiblesse, impuissance	.72	-.11	.06	-.18	-.13

Variables	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₅
26 Infériorité physique	.46	-.11	.19	.01	-.37
27 infériorité intellectuelle	.31	-.31	.23	-.06	-.08
28 est sans appui	.54	-.12	.47	.05	-.12
29 se blame, se critique	.07	.02	.77	-.05	-.12
30 remords et culpabilité	.11	-.18	.77	-.11	-.03
31 désire être puni	.04	-.05	.71	-.02	-.00
32 se sent diminué	.71	.05	-.01	-.04	-.03
33 déception de soi	.17	.00	.47	.06	.00
34 se sent laid	.23	-.14	.13	.02	-.53
35 dégoût de soi	.27	-.07	.77	-.08	-.07
36 craint d'être à charge	.37	-.15	.35	-.23	-.25
37 idées de ruine	.09	-.08	.44	-.21	-.39
38 craint d'être rejeté	.10	-.20	.26	-.12	-.04
39 revendique pour sa santé	.25	.46	-.06	-.20	.25
40 demande qu'on le plaigne	.32	.33	.03	.08	-.33
41 amertume et rancune	.01	.04	.12	-.55	.15
42 persécution	-.11	-.17	.18	-.51	-.04
43 termes superlatifs	.45	-.02	.43	.15	-.44
44 se sent ridicule	-.06	-.03	.35	.02	-.03
45 parle lentement	.33	-.71	.22	-.07	.14
46 parole bloquée	.23	-.60	.35	-.21	-.08
47 voix basse	.37	-.65	.28	-.18	-.11
48 parle peu	.26	-.69	.18	-.13	.01
49 faciès figé	.46	-.63	-.00	-.11	-.22
50 motricité ralentie	.42	-.47	-.10	.00	-.33
51 paraît triste	.56	-.10	.34	-.00	.04
52 instabilité thymique	.07	.65	-.00	-.16	.34
53 parle trop	.02	.75	-.10	-.16	-.07

- Le premier facteur est différent du premier facteur obtenu avant rotation. Il comporte 13 variables dont la saturation dépasse .50, et 20 variables dépassant .33, valeur correspondant à 3 fois l'erreur type d'une corrélation nulle (Woodrow). Pratiquement toutes les saturations sont positives, les 3 saturations négatives sont trop basses pour avoir une valeur quelconque.

22 - pessimisme	.75
23 - tristesse exprimée	.74
25 - sentiment de faiblesse	.72
32 - se sent diminué	.71
6 - gout à rien	.70
5 - désintérêt social	.66
1 - se sent fatigué	.66
2 - incapacité de travailler	.50
51 - paraît triste	.56
9 - anxiété diffuse	.55
28 - est sans appui	.54
3 - indécision	.51
24 - sentiment d'incapacité	.50

En somme, ce facteur regroupe les principaux éléments de l'humeur dépressive, de l'inhibition psychique et de la perte des intérêts. C'est lui, plutôt que le premier facteur en composante principale, qui pourrait correspondre au mieux à ce qu'on peut attendre d'un facteur général

de dépression. Il faut noter qu'il ne comporte pas les items plus spécifiques d'un syndrome particulier. Il diffère du premier facteur avant rotation par l'absence de symptômes de ralentissement et par la présence de l'inhibition psychique. En fait le ralentissement n'est pas absent de ce facteur mais les items qui le composent apparaissent avec des saturations entre .30 et .45. Il est en tout cas proche du facteur général d'intensité de Grinker et du facteur 5 de Lorr.

- Le deuxième facteur est bipolaire et se rapproche beaucoup du deuxième facteur avant rotation.

53 - parle trop	.75
52 - instabilité de l'humeur	.65
39 - plaintes concernant sa santé ..	.46
15 - symptômes thoraciques	.34
10 - anxiété spécifique	.34
40 - demande qu'on le plaigne	.33

45 - parle lentement	-.71
7 - indifférence affective	-.70
48 - parle peu	-.69
47 - voix basse	-.65
49 - faciès figé	-.63
46 - se bloque quand il parle	-.60
8 - apathie	-.52

Ce facteur traduit donc le ralentissement moteur par opposition à l'excitation. Variant avec l'excitation on retrouve les items exprimant l'anxiété et les plaintes. Ce facteur correspond donc à l'opposition entre dépression ralentie et dépression avec agitation, mais sans doute aussi entre endogène et psychogène. Il est identique au facteur B de Friedman et au facteur II de Lorr.

- Le troisième facteur possède 4 variables à saturations élevées :

29 - se blâme, se critique	.77
35 - se dégoûte, se méprise	.77
30 - remords et culpabilité	.77
31 - désir d'être puni	.71

Son analogie avec le facteur "self-blame" de Lorr est évidente. Excepté l'absence des items d'anxiété qu'on ne retrouve pas dans ce facteur avec des saturations significatives. Ce facteur est identique; ici aussi, avec celui de Pichot. Les items à charges plus basses (de .35 à .47) sont l'insatisfaction de soi, le sentiment que personne ne pourra rien faire pour lui, les idées de ruine, les idées de référence. Ce tableau comporte enfin un item à saturation négative élevée :

13 - symptômes physiques divers - .58,

alors que les autres symptômes physiques n'apparaissent qu'avec des saturations basses (-.26 et -.24). Le facteur ne comprend donc plus les symptômes du ralentissement et de l'inhibition qu'il comportait avant rotation.

Il oppose de façon plus claire la haine de soi-même à la somatisation de l'anxiété.

- le quatrième facteur est composé uniquement de saturations négatives :

19 - dépersonnalisation - .80

17 - corps irréel - .67

41 - amertume et rancune - .55

12 - nosophobie - .51

42 - persécution - .51

Les items moins saturés représentant les phobies et les symptômes physiques et thoraciques.

Ce facteur unipolaire représente à la fois le syndrome anxiété-phobie-dépersonnalisation de Roth et les idées de persécution et de sensibilité, qui dans son facteur II étaient au pôle opposé de ce facteur. En tous cas, tous ces symptômes peuvent être considérés comme des expressions névrotiques de lutte contre l'angoisse et des symptômes de conversion. Il est intéressant de noter que les deux symptômes qu'on peut assimiler à la projection paranoïaque, s'intègrent à ces symptômes relevant de l'hystérie.

- Le cinquième facteur oppose des items à saturations positives faibles (.32 à .36) exprimant la déréalisation, les tendances suicidaires affirmées, les variations de l'humeur et les phobies à des symptômes à saturation négative exprimant les thèmes classiquement rencontrés dans la mélancolie délirante, ruine financière, infériorité physique, mégalomanie

dépressive, et avec des saturations élevées :

16 - corps anormal, organes disparus - .73

14 - symptômes physiques intestinaux - .56

34 - se sent laid et répugnant - .53

Ces trois symptômes évoqueraient le syndrome de Cotard. Ce facteur comporte ainsi des items qu'on ne retrouve pas réunis dans un même facteur, sauf dans le facteur I de Rosenthal. Ils existent dans deux facteurs différents de Pichot (IV et IX). Dans le facteur "endogène" de Rosenthal, on retrouve l'opposition entre les symptômes délirants et viscéraux d'une part, les variations thymiques et les manifestations anxieuses d'autre part, mais dans un facteur qui oppose beaucoup plus de symptômes et qui s'apparente à la dichotomie endogène-réactionnelle.

En effet, parmi les analyses factorielles effectuées, on peut en quelque sorte, opposer celles de Rosenthal, Kay et Garside et Hamilton à celles de Grinker, Lorr, Pichot et Friedman. Dans les premières, un facteur principal oppose les deux termes endogène et réactionnel, dans les autres des syndromes plus spécifiques paraissent définir des dimensions psychologiques plus que des entités morbides. Le premier facteur avant rotation s'apparente assez bien aux premiers facteurs de Rosenthal Kay et Hamilton, alors que les facteurs obtenus après rotation trouvent plus ou moins aisément leurs homologues dans les divers facteurs des autres analyses.

Les différences ne peuvent pas s'expliquer seulement par des modes de calculs différents, mais aussi par des différences dans la sélection

tion des malades, dans les concepts utilisés et dans la construction de l'échelle d'appréciation. C'est surtout à ce niveau qu'il paraît nécessaire de calculer les corrélations entre des variables aussi homogènes que possible, en évitant d'intégrer directement aux calculs des données aussi disparates que des symptômes actuels et des données familiales, des faits biographiques et des éléments pathogènes passés.

L'explication et l'interprétation des facteurs obtenus par l'analyse, nécessite encore plusieurs opérations. D'abord la réduction de l'échelle aux variables qui se sont révélées les plus saturées dans les principaux facteurs et la réalisation d'une nouvelle analyse factorielle, de façon à ce que le rapport du nombre des sujets sur le nombre des variables soit plus élevé. Ensuite, l'étude des corrélations entre les variables extérieures à l'échelle et les facteurs obtenus. Enfin et surtout le calcul des notes factorielles obtenues par chaque sujet et l'étude des répartitions des notes en fonction des diagnostics.

Classement des variables par ordre
de moyennes décroissantes.

Rang	item	moyenne
1	-22-	4,80 (travail)
2	- 1-	4,69 (fatigue)
3	-32-	4,68 (diminué)
4	- 6-	4,65 (goût à rien)
5	-25-	4,53 (faiblesse)
6	-22-	4,46 (pessimisme)
7	- 4-	4,45 (concentration)
8	-23-	4,45 (tristesse)
9	- 5-	4,08 (désintérêt social)
10	-10-	4,04 (Anx. précise)
11	-24-	3,86 (incapacité)
12	-51-	3,81 (mimique triste)
13	- 9-	3,80 (Anx. vague)
14	- 3-	3,73 (indécision)
15	-49-	3,38 (faciès figé)
16	-29-	3,33 (se blame)
17	-50-	3,16 (motric. ralentie)
18	-13-	3,12 (sympt. vagues)
19	-33-	3,02 (idéal du moi)
20	-26-	2,96 (inférior. phys.)
21	-14-	2,95 (sympt. intest.)
22	-15-	2,95 (sympt. thorax)
23	-21-	2,74 (suicide)
24	-40-	2,74 (demande plainte)
25	-27-	2,69 (infer. intellect.)
26	-46-	2,67 (se bloque)
27	- 8-	2,63 (indifférence)

Rang	item	moyenne
28	-20-	2,62 (temps)
29	-35-	2,61 (se dégoûte)
30	-45-	2,61 (parle lentement)
31	- 7-	2,60 (anesthésie)
32	-48-	2,46 (monosyllabe)
33	-28-	2,40 (sans appui)
34	-47-	2,38 (voix basse)
35	-36-	2,33 (être à charge)
36	-11-	2,28 (phobie)
37	-30-	2,20 (remords)
38	-53-	2,08 (parle trop)
39	-39-	1,93 (se plaint santé)
40	-37-	1,90 (financier)
41	-34-	1,84 (se sent laid)
42	-41-	1,79 (rancune)
43	-43-	1,79 (superlatif)
44	-16-	1,78 (corps anormal)
45	-17-	1,74 (corps irréel)
46	-52-	1,73 (instabilité humeur)
47	-19-	1,61 (depersonnal.)
48	-44-	1,59 (au courant)
49	-31-	1,59 (punition)
50	-12-	1,46 (nosophobie)
51	-38-	1,44 (abandon)
52	-42-	1,42 (persécution)
53	-18-	1,32 (déréalis.)

CONCLUSIONS

Une analyse factorielle de la symptomatologie dépressive a été effectuée à partir d'une échelle d'évaluation appliquée à 87 malades hospitalisés.

L'échelle d'évaluation a été construite à partir d'une sélection des symptômes courants relevés dans la littérature, d'une série préalable de 12 sujets et de trois instruments déjà utilisés, le questionnaire de Beck, l'échelle de Hamilton, et l'IMPS-D Scale de Lorr. C'est surtout cette dernière qui a été utilisée, pour la rédaction de 31 items auxquels ont été ajoutés 20 items nouveaux. L'échelle complète comprend 53 items, 12 décrivant des traits de comportement et des symptômes objectifs et 41 décrivant des symptômes subjectifs et des plaintes exprimées ; elle comprend en outre plusieurs variables : l'âge, le niveau d'instruction, la profondeur de l'état dépressif et une classification diagnostique sommaire en trois cadres.

A partir des échelles, la matrice de corrélation des variables deux à deux a été établie, et une analyse factorielle en composante principale effectuée, qui a extrait 15 facteurs dont la valeur propre était égale ou supérieure à 1 (critère de Kaiser). L'interprétation des facteurs ne reste aisée que pour les quatre premiers facteurs. Une rotation selon la solution Varimax a été ensuite effectuée sur les 15 premiers facteurs. Les cinq premiers facteurs, après rotation, sont les suivants :

Le Facteur I expliquant 15 pour cent de la variance, est un facteur unipolaire comportant 13 items dont la saturation est supérieure à .50. Ces items correspondent à la dysthymie dépressive et à l' inhibition psychique. Ce facteur est différent du Facteur I des analyses de Rosenthal, de Hamilton et de Kay et Gerslile, il est très proche du facteur V de Lorr, du facteur A de Friedman et du facteur I de Grinker. Les raisons de ces analogies et de ces différences sont discutées.

Le Facteur II est un facteur bipolaire opposant l'excitation anxieuse et les plaintes "névrotiques" au syndrome de ralentissement moteur. Il ressemble au facteur II de Hamilton et au facteur B de Friedman.

Le Facteur III également bipolaire, oppose des items exprimant la culpabilité et la haine de soi à des items traduisant la conversion et la somatisation de l'angoisse.

Le Facteur IV regroupe les items de dépersonnalisation, assez proche du syndrome de "Phobic Anxiety depersonalisation" de Poth.

Le Facteur V évoque certains éléments du syndrome de Cotard mais son interprétation est douteuse.

Etant donné le rapport relativement bas du nombre de sujets sur le nombre d'items, une autre analyse factorielle sera effectuée à partir d'une échelle réduite.

B I B L I O G R A P H I E - I

ABELY.- Les troubles neuro-psychologiques de la ménopause.

-Rapport aux Assises de Gynécologie, Nice.-M. Destions Ed. Mai 1956.

ABRAHAM K.- Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins (1911).

-In : Œuvres complètes. Paris, Payot, 1965.- T.I.

ANGLADE.- Les psychoses périodiques tardives.

-Congrès de Bordeaux. 1931.

ARNAUD.- Psychoses périodiques et intermittentes.

-In : Traité de Gilbert Pallet. 1903. 576-617.

BELLACK L.- Manic depressive psychosis and allied conditions.

-New-York, Grune & Stratton, 1952.

BIBRING E.- The mechanism of depression in affective disorders.

-New-York, Greenacre, Intern. University Press, 1953.

BOUVET M.- Dépersonnalisation et relation d'objet.

-Rev. frse psychanalyse, (1960), mai.

BOUVET M.- La relation d'objet.

-In : Œuvres complètes. Paris, Payot, 1967.-T.I.

COHEN M.B. BAKER F. COHEN R.A. et al. ...- An intensive study of 12 cases in manic depressive psychosis.

-Psychiatry, (1954), 17, 103.

Colloque international sur les états dépressifs.-Buenos-Aires. 1960.

-Ann. Méd.-psychol., (1960), 118 (II), 355-358.

COURCHET J.L. - Le suicide :essai d'étude psychanalytique.

-Evolut.psychiatr., (1955), 3:juill.-sept., 467-482.

DELAY J. -Les dérèglements de l'humeur.

-Paris,P.U.F., 1946.

DELTEIL P. - Dépersonnalisation,dépression,passage à l'acte et refus de réalité.

-Ann.Méd.-psychol., (1969), 127, 543-580.

DENY, CAMUS.- Les folies intermittentes.-

-Paris, Baillière, 1907.

DIDE, GUIRAUD.-Manuel de psychiatrie.

-Paris, Masson, 1929.

DIGO.- Mél ancolie et électrochoc.

-Thèse.Paris.1947.

DUCHE.- Les T.S. de l'enfant et de l'adolescent.

-Psychiatr.de l'enfant, (1964), VII, n°1, 1-114.

EY H. - Etudes 22.Mélancolie.Etudes psychiatriques.

-Paris, Ed.Desclée de Brouwer, 1954. - T.3.

EY H. - Psychose périodique maniaco-dépressive?Structure des psychoses.

-Et.Psychiatr., Desclée de Brouwer, Paris, 1954. - 3 Etude 25.

EY H. -Contribution à l'étude des relations des crises de mélancolies et des crises de dépressions névrotiques.

-Evolut.Psychiatr., (1955), 3, 467-482.

EY H. - Manuel de psychiatrie.

-Paris, Masson, P.215-131.

FLEURY de. - Les grands symptômes de la neurasthénie.

-Paris, Alcan, 1909.

FREUD S. - Deuil et mélancolie

-In : Métapsychologie. -Paris, Gallimard, 1952.

GRUNBERGER. - Etude sur la dépression.

-Rev. frse psychanalyse, (1965), 29, 163-182.

HALBERSTADT. - Les psychoses préséniles.

-L'Encéphale, (1934), 360 et 722.

HANUS M. - Les seuils pathologiques.

-Thèse. Paris. 1969.

HOVEN. - Les psychoses dépressives de la ménopause.

-J. Belge neurol. Psych., (1936), 38, 639-644.

JACOBSON E. - Métapsychologie de la dépression cyclo-thymique.

-In : Affective disorders., Phyllis Greenacre. -Intern. Univ. Press, 1953.

KIELHOLZ. - Etats dépressifs, clinique, diagnostic et traitement.

-Acta psychosomatica, n°1.

LEBOVICI. - Contribution psychanalytique à la compréhension et au traitement de la mélancolie. -Symposium 1955.

-Evolut. psychiatr., (1955), 3, 502-531.

LEHMAN H.E. - Psychiatric concepts of depression. Nomenclature and classification.

-Canad. Psychiatr. Ass. J., 4-1, suppl.

LE MAPPIAN. - Aspect clinique des états dépressifs.

-L'Encéphale, (1940);

LESSE S. - The multivariant masks of depression.

-Amer.J.Psychiatr., (1968), suppl.124:mai, n°11, 35-40.

MALLET. - La dépression névrotique.

-Evolut.Psychiatr., (1955), n°3, 484-501.

MARTIN M. - Etude étiologique, clinique et pronostique de la mélancolie d'involution chez la femme.

-Thèse, Paris, 1963.

MENDELS J. - Dépression : the distinction between syndrome and symptom.

-Brit.J.Psychiatr., (1968), 114, 1549-1554.

MONTASSUT. - Les états de dépression.

-Bull.Méd., 21 avril 1935.

NACHT, RACAMIER. - Les E.D.: étude psychanalytique.

-Rev.frse psychanalyse, (1959), 23, 5, 567-605.

NACHT, RACAMIER. - La dépression.

-Rev.frse psychanalyse, (1968), 32, 3, 569-573.

PASCHE. - De la dépression.

-Rev.frse psychanalyse, (1963), 27, 191-222.

PICHOT P. - Etats dépressifs: nosologie, étiologie.

-Acta psychosomatica, n°2.

PICHOT P. - Les dimensions des dépressions.

-Evolut.Psychiatr., (1969), 34, n°2:abr.-juin, 297-312.

ROGUES DE FURSAC. - Manuel de psychiatrie.

-Paris, Alcan, 1923.

ROTH M. -The phobic-anxiety-depersonalisation syndrome.

-Proc. Royal soc. Med., (1959), 52, 587-596.

ROTH M. - The phobic anxiety depersonalisation syndrome and some ætiological problems in psychiatry.

-J.Neurol.Psychiat., (1960), 1, 293-306.

ROTH M.- Anxiety neuroses and phobic states .

-Brit.Med.J., (1969), 1, feb., 489-492.

ROUART .- Dépression et problème de psychopathologie générale.

-Evolut.Psychiatr.(1955), 3, 567-571.

SCHNEIDER.- La tentative de suicide.

-Ed. Delachaux, 1954.

SEGLAS. - Délire de négation. -

-Paris, 1897.

Symposium sur les états dépressifs.

-Evolut. Psychiatr., (1955), III, 459-595.

VERECKEN J.L - Sur quelques cas de dépression du déménagement.

-Encéphale, (1964), 614-626.

$\frac{1}{2} - \frac{1}{2} = \frac{0}{2}$

B I B L I O G R A P H I E - II

- ABRAHAM M.J. WHITLOCK F.A. - Childhood experience and depression.
-Brit.J.Psychiat., (1969), 115, n°525:aug., 883-888.
- American Psychiatric Association :Diagnostic and statistical manual of mental disorders.
- ANGST J. - Zur Aetiologie und Nosologie endogener depressive Psychosen.-
Berlin, Springer Verlag, 1966.
- BECK, WARD, MENDELSON et al. ..- An inventory for measuring depression.
-Arch.Gener.Psychiatr., (1961), 4, 561-571.
- BROWNE M.W. -A comparison of two drug treatments in depressive illness.
-Brit.J.Psychiatr., (1969), 115, n°523:june, 693-696.
- CARNEY M.W.P., ROTH M., GARSIDE R.F. - The diagnosis of the depressive syndromes and the prediction of ECT responses.
-Brit.J.Psychiatr., (1965), 111, 659-674.
- CONFORTO C. GIBERTI F. RIZZO M. et al. ...- La depressione vitale :
rilievi psicometrico-statistici.
-Riv.sper.freniatr., (1970), 94, n°1:févr., 7-20.
- COSTELLO C.G., SELBY M.H.- The relationships between sleep patterns and reactive, and endogenous depressions.
-Brit.J.Psychiatr., (1965), 111, 497-501.
- DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE T. et al. ..- La nosologie des états dépressifs. Rapports entre étiologie et sémiologie et résultats au questionnaire de Beck.
-L'Encéphale, (1953), 52, 497-505.

DELAY J., PICHOT P., LEMPERIERE T. et al. ...- La nosologie des états dépressifs, Résultats à l'échelle de Wittenborn.

-L'Encéphale, (1964), 53, 5-18.

ELITHORN A. et al. ...- Observations of some diurnal rythmes in depressive illness.

-British Med. J., (1966), dec., 1620-1623.

ENDICOTT N.A. JORTNER S. - Objective measures of depression.

-Arch. Gener. psychiatr., (1966), 15, n°3:sept., 249-255.

FRIEDMAN A.S. et al. ...- Syndromes and themes of psychotic depression: a factor analysis.

-Arch. gener. Psychiatr., (1963), 9, nov., 504-510.

GARSIDE R.F. ROY J.R. KAY D.W. et al. ...- M.P.I. scores and symptomes of depression.

-Brit. J. Psychiatr., (1970), 116, n°533:apr., 429-432.

GARSIDE R.F.- Neurotic and endogenous depression . (letter)

-Brit. J. Psychiatr., (1967), 113, 924.

GAYRAL L. RAYMONDIS L.M. SCHECKTMAN Y. et al. ...- Etude comparée de l'activité de la sismothérapie et de la chimiothérapie sur l'évolution des dépressions par les méthodes statistiques.

-L'Encéphale, (1969), 58, n°1:janv.-févr., 5.

GILLEPSIE R.D. - The clinical differentiation of types of depression.

-Guy's Hospital Reports, (1929), 9, 306-344.

GRINKER R.R. et al. ...- The phenomena of depressions.

-New-York, Paul B. Hoeber Inc., 1961. P. 69-73.

HAIDER I. - Patterns of insomnia in depressive illness. A subjective evaluation.

-Brit. J. Psychiatr., (1968), 114, 1127-1132.

HAMILTON M. - A rating scale for depression.

-J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr., (1960), 23, feb., 56-62.

HAMILTON M. - The development of a rating scale of depression.

-Brit. J. Soc. Clin. Psychol., (1967), 6, 278-296.

HAMILTON M., WHITE J. - Clinical syndromes in depressive states.

-J. Mental. Sci., (1959), 105, 985-998.

HELGASON T. - Epidemiology of mental disorders in Iceland: a psychiatric and demographic investigation on 5,935 Icelanders.

-Acta Psychiatr. Scand., (1964), 40, suppl. 173.

HINTON J. M. - Patterns of insomnia in depressive states.

-J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr., (1963), 26, 184-189.

HORDERN, BURT, HOLT et al. - Depressive states: a pharmacotherapeutic study.

-Springfield (Ill.), Thomas, 1965.

HUMPHREY M. - Functional impairment in psychiatric outpatients.

-Brit. J. Psychiatr., (1967), 113, 1141-1151.

I. N. S. E. R. M. : Classification française des troubles mentaux, Paris, 1968.

-Bull. de l'I. N. S. E. R. M., (1969), n°2, 24.

JOHN J. SCHWAB et al. - Hamilton rating scale for depressions with medical inpatients.

-Brit. J. Psychiatr., (1967), 113, 83-88.

KAY D.W. GARSIDE R.F. BEAMISH P. et al. ...- Endogenous and neurotic syndromes of depression :a factor analytic study of 104 cases.Clinical features.

-Brit.J.Psychiatr., (1969), 115, n°521;apr., 377-388.

KAY W. GARSIDE R.F. ROY J.R. et al. ...- "Endogenous" and "neurotic" syndromes of depression :a 5-to 7-year follow-up of 104 cases.

-Brit.J.Psychiatr., (1969), 115, n°521:apr., 389-399.

KELLY D. ,WALTER C.J. - A clinical and physiological relationship between anxiety and depression.

-Brit.J.Psychiatr., (1969), 115, n°521:apr., 401-406.

KENDELL R.E. GOURLAY J.- The clinical distinction between psychotic and neurotic depressions.

-Brit.J.Psychiatr., (1970), 117, n°538:sept., 257-260.

KILCH L.G. GARSIDE R.F.- The independance of neurotic depression and endogenous depression.

-Brit.J.Psychiatr., (1963), 109, 451-463.

LAZARE A., KLERMAN G.L.- Hysteria and depression:the frequency and signifiance of hysterical personality features in hospitalized depressed women.

-Amer.J.Psychiatr., (1968), suppl.to 124, n°11:may, p.48.

LORR M., JENKINS, O'CONNOR.- Factors descriptive of psychopathology and behavior of hospitalized psychotics.

-J.Abnormal soc.Psychol., (1955), 50, 78-86.

LORR, SCNN, KATZ.- Toward a definition of depression.

-Arch.Gener.Psychiatr., (1967), 17, 183-186.

LORR M. et al. ...- Evidence of ten psychotic syndromes.

-J.Consult.Psychol., (1962), 26, 185-189.

LORR et Al. ...- Impatient multidimensional psychiatric scale manual.
-Palo Alto (Calif.), consulting psychology Press. 1962.

McCONAGHY, JOFFE, MURPHY.- The independance of neurotic and endogenous depression.

-Brit. J. Psychiatry, (1967), 113, n°498, 479-484.

McKINLEY, DREISBACH.- Variations in depressive symptomatology as a function of age.

-Texas Rep. Biol. Med., (1967), 25, n°1, 179-185.

MAY A.E., URQUHART A., TARRAN J. - Self-evaluation of depression in various diagnostic and therapeutic groups.

-Arch. Gener. Psychiatr., (1969), 21, n°2, 191-194.

MENDELS J., COCHRANE C.- The nosology of depression :the endogenous -reactive concept.

-Amer. J. Psychiatry, (1968), suppl. 124, n°11:may, 1-11.

MICHAUX M.H. SUZIEDELIS A. GARMIZE K. et al. ...- Depression factors in depressed and in heterogeneous in-patient samples.

-J. Neurol. neurosurg. Psych., (1969), 32, n°6:dec., 609-613.

MICHAUX M.H. ZWAAG L.V., KURLAND A.A.- Dimensions of manifest depression in newly hospitalized patients.

-Brit. J. Psychiatry, (1967), 113, n°502:sept., 981-986.

MILLER J.B.- Dreams during varying stages of depression.

-Arch. Gener. Psychiatr., (1969), 20, n°5:may, 560-565.

OVERALL J.E. -Dimensions of manifest depression.

-J. Psychiatric res., (1963), 1, 239-245.

PERRIS C.- A study of bipolar (manic depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses

-Acta psychiatr.Scand., (1966), suppl.194.

PICHOT P. - Méthodes de différentiation des états dépressifs .Implication pour la recherche psychopharmacologique.

-Proc.of the Vth internat.congress of the Coll.Intern.Neuropsychopharmacol., Washington, 28-31 mars 1966.

PICHOT P. LEMPERIERE T., BAILLY.- Méthode de contrôle des thérapeutiques. Etude sur l'échelle de Wittenborn.

-Rev.Psychol., appl., (1959), 9, 43-46 + 117-118.

PICHOT P.,PIRET J., CLYDE D.J.-Analyse de la symptomatologie dépressive subjective.

-Rev.Psychol.appl., (1966), 12, n°2, 105-115.

PILOWSKY I. -Dimensions of hypochondriasis.

-Brit.J.Psychiatr., (1967), 113, 89-93.

POITRENAUD J.- Les modifications de la structure des aptitudes cognitives humaines au cours de la période d'involution.

-Thèse.Paris.1971.

REUHLIN .- Méthodes d'analyse factorielle à l'usage des psychologues (1964);

-Paris,P.U.F., 1964.

ROSENTHAL S.H. - The involutional depressive syndrome.

-Amer.J.Psychiatr., (1968), suppl.124, n°11:may, 21-35.

ROSENTHAL S.H., GUDEMAN .- The endogenous depressive pattern, an empirical investigation.

-Arch.Gener.Psychiatr., (1967), 16, 241-249.

VII

ROSENTHAL S.H. KLERMAN.- Endogenous features in depressed women.

-Canad. Psychiatr. Med. J., Suppl. 11, 511-516.

ROSENTHAL S.H. GUDEMAN.- The self-pitying constellation in depression.

-Brit. J. Psychiatr., (1967), 114, n°498, 485-489.

ROSENTHAL S.H. KLERMAN G.- Content and consistency in the endogenous depressive pattern. -Brit. J. Psychiatr., (1966), 112, 471-484.

ROTH M. - The classification of affective disorders.-

-In :Symposium on depressions (Behandling). -1970.

SANDIFER M.G., WILSON I.S., GREEN L.- The two types thesis of depressive disorders.

-Amer. J. Psychiatr., (1966), 123, 94-97.

SCHWAB J.J. BROWN J.M. HOLZER C.E. et al. ...- Current concepts of depression :the socio-cultural.

-Intern. J. Sociol. Psychiatr., (1968), 14, n°3:summer, 226-234.

STENBACK A. -On involutional and middle age depressions.

-Acta psychiatr. scand., (1963), suppl. 169, 39, 14-32.

STENDSTEDT A. - A study in manic depressive psychosis. Clinical, social and genetic investigations.

-Acta psychiatr. scand., (1952), suppl. 79.

VALLET R.-Bases nosologiques et traitement des états dépressifs.

-Ann. Méd. psychol., (1968), 126, n°3, 371-401.

WHYBROW P.C. MENDELS J. - Toward a biology of depression :some suggestions from neurophysiology.

-Amer. J. Psychiatr., (1969), 125, n°11, 1491-1500.

V I I I

WINOKUR G. CLAYTON P. - Family history studies.II .Sex differences and alcoholism in primary affective illness.

-Brit.J.Psychiatr., (1967), 113, 973-979.

WITTENBORN.- Echelles d'évaluation psychiatrique.

-Editions du Centre de Psychologie appliquée. Paris. 1959.

ZUNG W. - Evaluating methods for depressive disorders.

-Amer.J.Psychiatr., (1968), 124, , n°11=may, suppl., 40-48.

:--:--:--:--:--:

Vu, le Président de Thèse

PICHOT

Vu, le Doyen de la Faculté

DELBARRE

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

MALLET

